

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Socialchef Majlill Persson

Innehållsförteckning

1	Läsanvisning	3
2	Sammanfattning	4
3	Övergripande mål.....	5
4	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	6
5	Struktur för uppföljning och utvärdering	7
6	Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
7	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	11
8	Struktur för riskanalys	12
9	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	13
10	Hantering och klagomål.....	14
	10.1 Klagomål och synpunkter	14
	10.2 Beskrivning av sammanställning och analys	14
	10.3 Samverkan med patienter och närstående.....	14
11	Resultat.....	15
	11.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller på våra processer.....	15
	11.2 Uppföljning av åtgärder.....	15
	11.3 Noterade avvikelser under året	15
12	Övergripande mål för kommande år.....	16

1 Läsanvisning

2 Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet spänner över ett stort område med många detaljer och förbättringsområden. Det handlar om samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, enhetschefer och externa vårdgivare för och med vårdtagaren (benämns ofta patient) och dennes närstående. Processbeskrivningar med kopplade rutiner ska finnas för att underlätta arbetet och med väl implementerade rutiner är målet att vårdtagaren får vård och omsorg med god kvalitet och hög säkerhet.

I patientsäkerhetsarbetet ingår bland annat att arbeta mot de mål som är satta av Styrgruppen i Västra länsdelen och Social- och omsorgsnämnden i Laxå.

Målområde "Sammanhållen vård och omsorg" har inneburit att ett hemtagningsteam har bildats. Teamet har påbörjat arbetet inför lagändring 180101, där antalet dagar för utskrivningsplanering har minskats till 3 kalenderdagar. Under september månad byttes Meddix SVP ut mot Lifecare SP, detta är ett kommunikationsverktyg mellan kommun och landsting.

Hemrehabmodellen har inte kunnat följas fullt ut på grund av brist på fysioterapeut. Resterande del av teamet har arbetat på under sitt yrkesansvar.

Förebyggande arbetssätt och rehabilitering som ska förbättras genom att riskbedömningar görs angående undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen minst en gång/år. Bedömningar registreras i Senior alert. Åtgärder har följts upp på teamträffar.

God vård i livets slutskede är komplext och innehåller många delar och olika professioner för att teamarbetet ska fungera. Under året har webbutbildning i basal palliativ vård pågått.

God läkemedelsbehandling för äldre genom att minska att personer över 75 år inte har för åldersgruppen olämpliga läkemedel förskrivna. Detta minskar kontinuerligt i jämförelse med föregående år.

Teamträffarbetet har börjat att fungera med regelbundenhet.

God vård vid demenssjukdom är ett av målområdena i Västra länsdelens handlingsplan. Laxå kommun har efter många år av avsaknad nu anställt en demenssjuksköterska. Arbetet med BPSD-registret börjar ta form.

3 Övergripande mål

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§)

Varje enskild vårdtagare ska känna sig trygg, säker och delaktig i sin vård och omvårdnad. Varje medarbetare ska ha förutsättningar för att kunna bedriva omvårdnad på ett säkert och beprövat sätt. Ledningssystemet ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs i förvaltningen och synliggöra resultat genom uppföljning/egenkontroller och delges personal, vårdtagare och övriga medborgare. Detta som en del i en "Lärande organisation". Ledningssystemet möjliggör en struktur i verksamheten för att uppnå kvalitet samt att händelser med risk för vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser undviks i största möjligaste mån.

4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientsäkerhetslagen (2010:659) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ansvara för att framta, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvariga (MAS och MAR) ansvar

MAS och MAR ska tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvård upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet. MAS och MAR utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I MAS och MAR ansvaret ingår bl.a. att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs och att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten.

Stödfunktioner med specialistkompetens

Medicintekniker: Ansvar för hjälpmedel, service, installation och nedmontering etc.

Hygiensjuksköterska: Ansvarig för att det finns aktuella hygienrutiner för regionen och behjälplig med bland annat information på personalmöten.

Verksamhetsutvecklare i närsjukvårdsområde väster: Ansvar att titta på samarbetsvägar mellan olika huvudmän och utveckling av en vård och omsorg med kvalitet, behjälplig med utbildningsinsatser

Fysioterapeut: Ansvar för rehabilitering av vårdtagare på särskilda boenden och i ordinärt boende.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som medicinskt ansvariga fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt. Enhetschefen ska också säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Enhetschef ansvarar också för att följa upp hur patientsäkerhetsarbetet under förgående år utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Personalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet och har ansvar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

5 Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten sker genom kontroll, att den bedrivs enligt de rutiner och processer som ingår i ledningssystemet. Social- och omsorgsnämnden har beslutat om en internkontrollplan för nämndens verksamhet. Nämnden beslutar årligen om vilka verksamheter som ska granskas. Information hämtas från Öppna jämförelser, KKiK och olika nationella kvalitetsregister. Resultatet följs upp av nämnden, ledningsgruppen, MAS, MAR och enhetschefer. Resultat analyseras och återkopplas till verksamheten. Förbättringsområden ses över och åtgärder vidtas av ansvarig chef. Beslut om övergripande aktiviteter omsätts i patientberättelse och verksamhetsplan.

Uppföljningen innefattar:

- Uppsatta mål
- Öppna jämförelser
- Egenkontroller
- Rapportuttag ur nationella kvalitetsregister: Senior Alert, Palliativa registret och BPSD-registret.
- Journalgranskningar i samband med avvikelser och klagomål.
- Hygienronder
- Granskning av läkemedelsförråd

Uppföljning genom egenkontroll

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

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och

Förbättringsåtgärder för att arbeta mot en högre patientsäkerhet. Egenkontroller är bland annat mätningar av bland annat av följsamhet i basala hygien- och klädrutiner (BHK) och hur många fall och trycksår som förekommer i kommunen. Dessa kontroller görs under en begränsad tid s.k. punktprevalensmätning (PPM).

6 Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Varje år 1:a mars ska patientsäkerhetsberättelse för föregående år upprättas av vårdgivaren. Patientsäkerhetsarbetet spänner över ett stort område med många detaljer och förbättringsområden. Det handlar om samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, enhetschefer och externa vårdgivare för och med vårdtagaren (benämns ofta patient) och dennes närstående. Rutiner ska finnas för att underlätta arbetet och med väl inarbetade rutiner får vårdtagaren en god vård och omsorg med hög säkerhet.

Fortsatt arbete mot de mål som är satta, detta genom att försöka åtgärda de risker och brister som upptäcks vid riskbedömningar, PPM och kvalitetsbedömningar. I patientsäkerhetsarbetet ingår bland annat att arbeta mot de mål som är satta av Styrgruppen i Västra länsdelen och Social- och omsorgsnämnden i Laxå.

Mål Sammanhållen vård och omsorg: Under året har arbete med att förbereda verksamheten inför ny lagstiftning pågått (Trygg och säker utskrivning). Lagen trädde i kraft 2018-01-01.

Aktivitet: Hälso- och sjukvårdspersonal och handläggare har under året fått utbildning i LifeCare Samordnad Planering (LifeCare SP), vilket ersatte Meddix. LifeCare SP är kommunikationssystem mellan kommun och Region Örebro län. Sjuksköterskor anställda av kommunen ska använda Visam beslutsstöd, numer integrerat i LifeCare SP (Detta som vägledning så patienten får lika bedömning oavsett av vem och vård på rätt vårdnivå).

Ett hemtagningsteam bestående av undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och biståndshandläggare har skapats. Teamet startade sitt arbete i oktober utifrån en preliminär rutin som kommer att revideras tills man hittat ett optimalt arbetssätt.

Resultat: Sedan start av hemtagningsteam har man tagit emot 12 personer som gått direkt till sin ordinarie bostad efter sjukhusvistelse. 19 personer har fått plats på korttidsboende.

Analys: Att göra en analys av ovanstående siffror är svårt då vi i skrivande stund saknar siffror från delar av året att jämföra med. Under året öppnades även fler korttidsplatser vilket påverkar kommunens arbetssätt.

Förbättringsförslag: Kommunens inriktning måste vara att den enskilde ska gå direkt hem efter sjukhusvistelse.

Mål hemrehab: Modellen av hemrehabilitering för personer i ordinärt boende.

Aktivitet: En broschyr har tagits fram för att lättare kunna sprida information om modellen.

Resultat: På grund av att fysioterapeut inte har funnits på plats i den omfattning avtalet beskriver är det svårt att bedriva hemrehabilitering. Resterande del av teamet arbetar på utifrån yrkesansvar.

Förbättringsförslag: Fysioterapeut är anställd av primärvården och planering för 2018 ska ske i samverkan.

Mål Förebyggande arbetssätt och rehabilitering: Riskbedömningar ska göras angående undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen minst en gång/år. Bedömningar registreras i Senior alert. Målet är att minska riskerna inom respektive

riskområde.

Aktivitet: Riskbedömning enligt Senior Alert genomförs minst en gång per år. Nattfasta mäts under en vecka på SÄBO. En PPM gjordes under hösten angående trycksår.

Nattfastan är ofta över 11 timmar och i samarbete med kostombud jobbar man med åtgärder som till exempel extra mellanmål.

Avvikelse ska skrivas i Treserva. Fall, trycksår och läkemedelsavvikelse som inträffar på säbo eller i ordinärt boende analyseras sedan av teamet. Fall registreras som händelse i Senior Alert av arbetsterapeut.

Utbildning om trycksår och positionering har skett under året samt utbildning i arbete med personlyft. Det kommer förhoppningsvis att minska risk för trycksår samt förbättra arbetsmiljön. Uppföljning sker regelbundet via avvikelshantering och kvalitetsregister.

Läkemedelsgenomgångar sker regelbundet där man tar ställning till risker för fall.

Resultat: Totalt 136 personer riskbedömdes under 2017.

Av 136 personer hade 44 ett BMI under 22, dvs undernärd. Ett fortsatt arbete enligt rutinen ska ske.

I Treserva har 164 fall registrerats. Vid fall sätter man in åtgärder och följer upp på teamträffar.

Av dem med risk hade 98 % åtgärdsplan för att minska riskerna.

Trycksår under året rapporterades 34 trycksår fördelat på 19 personer.

Munhälsostatus 59 personer ses munhälsa grad 2.

Analys: När det gäller fall är det inte säkert att man kommer åt att minska antalet. Det kan bland annat bero på att patienter går upp och går på egen hand och vill röra på sig. Begränsningsåtgärder som hindrar personen att vara uppe och röra på sig bör sällan eller aldrig förekomma.

Trycksårsmätning har skett även under 2017 men resultatet i Senior Alert har blivit försenat vilket lett till att fullständig analys inte kan göras.

Förbättringsförslag: Uppföljning av de åtgärdsförslag som finns registrerade. Uppföljning i teamet om förändrad riskbild.

Fall och trycksår bör registreras i högre grad i Senior Alert.

Roag, bedömningsinstrument för munhälsa bör användas vid alla riskbedömningar.

Mål god vård i livets slutskede: Palliativ vård är komplext och innehåller många delar, teamarbetet bör fungera.

Aktivitet: Palliativ webbutbildning för all personal som arbetar med vård av personer i livets slut finns tillgänglig, ska genomföras innan september 2019.

Dialogcaféer har hållits i samverkan med palliativa enheten och kommunsjuksköterskor från västra länsdelens kommuner.

Resultat: Antal personal som gått utbildningen och genomfört tillhörande test är 65 personer. Genomför man inte testet registreras inte utbildningen som genomförd.

Analys: Viktigt att personal har relevant kunskap då de ställs inför den döende patienten, det kan vara en gammal person eller en ung småbarnsförälder. Utbildningen kan ge viss kunskap men även personalens arbetslivserfarenhet samt livserfarenhet betyder mycket i sammanhanget.

Förbättringsförslag: Bra om personalen har möjlighet att diskutera utbildningen i grupper om frågeställning väcks.

Ny lokal rutin för palliativ vård där det framgår alla professioners ansvar samt vem som gör vad.

Mål god läkemedelsbehandling för äldre: Minska att personer över 75 år inte har för åldersgruppen olämpliga läkemedel förskrivna. De siffror som tagits fram gäller hela kommunens innevånare, alltså inte bara dem vi hjälper inom säbo och hemsjukvården.

Aktiviteter: Läkemedelsgenomgångar årligen för vårdtagare på SÄBO och i hemsjukvården där kommunens sköterska ansvarar för läkemedel.

Resultat: Läkemedelsanvändning av olämpliga läkemedel för dem > 75 år i Laxå kommun är i år 7,81 % i jämförelse med 2016 då siffran var 8,35%.

Analys: Läkare och sjuksköterskor gör bedömningar av olämpliga läkemedel för åldersgruppen och det ses ett stadigt minskande av olämpliga läkemedel.

Förbättringsförslag: Fortsatt årliga kontroller och rapportering av hur patienten reagerar på behandling.

Mål regelbundna teamträffar:

Aktiviteter: Teamträffar skall planeras och genomföras på respektive enhet med regelbundenhet.

Resultat: Teamträffar pågår men ibland faller det bort i planeringen, svåra att få till med alla yrkeskategorier.

Analys: Det börjar bli ett arbetssätt som man använder för systematiskt förbättringsarbete. Under året har nya enhetschefer arbetat mer aktivt med att få teamarbetet att fungera.

Förbättringsförslag: Teamträffens betydelse i vård och omsorg bör befastas mer hos alla yrkeskategorier. En processbeskrivning för teamarbetet bör skrivas under 2018.

7 Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Formerna för samverkan regleras bland annat i samverkansdokument som finns att hämta på den gemensamma samverkansportalen VVF www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-varld/For-varldgivarer/VVF-sidan/

Verksamhetsutvecklare för Närsjukvårdsområde väster har en stor del i att samverkan sker och att informationsutbyte ska fungera. Denne leder även utbildning i till exempel Senior alert. Det handlar även en hel del arbete om trygg och säker hemgång från lasarettet, kommunikation mellan Region Örebro län och kommunerna.

Gemensamt i samverkan finns också MAS/MAR nätverket i länet som har gemensamma riktlinjer och rutiner i övergripande ansvarsfrågor.

Samordnad vårdplanering mellan olika vårdgivare samt samordnad individuell plan, SIP
Samverkansformer

- I samverkan i västra länsdelen finns en styrgrupp och en kärnarbetsgrupp med representanter från de tre vårdgivarna; slutenvården, primärvården och Karlskoga, Degerfors och Laxå kommun. Syftet är att tillsammans hitta bra arbetsformer för att vårdtagarna och deras anhöriga ska känna sig trygga, de ska ha säkra in och utskrivningar och behandlas på rätt vårdnivå
- Arbetsterapeuter i västra länsdelens kommuner och arbetsterapeuterna på lasarettet, rehabchef och MAR har haft träffar under året och tagit upp frågor kring samverkan mellan lasarettet och kommunerna med fokus på rehabilitering.
- Samverkan med Primärvården i Laxå har skett genom gemensamma möten under året där verksamhetschef, MAS, enhetschef för sjuksköterskor och arbetsterapeuter deltagit.
- Läkarronder har utförts regelbundet enligt samverkansavtal på säbo och korttidsenheten. I hemsjukvården har hembesök av primärvårdens läkare utförts vid behov, tid för ronder finns avsatt i hemsjukvården på vårdcentralen. Sjuksköterskorna ringer eller faxar läkaren vid behov.
- Samverkan mellan arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna i Primärvården sker kontinuerligt i Laxå och de träffas varje vecka för att bedöma inkomna remisser och planerar för gemensamma besök. Fysioterapeuterna ska göra bedömningar, instruera personal och även ge enstaka behandlingar vid behov. Fysioterapeuten som jobbar med hemrehabilitering har sin anställning på Pilgårdens vårdcentral i Degerfors men ska utföra arbete i Laxå kommun.

NPÖ (Nationell patientöversikt) är ett sätt för sjuksköterskor och arbetsterapeuter att efter vårdtagares samtycke ta del av slutenvården och primärvårdens journalanteckningar via datorn, på de vårdtagare som man har en vårdrelation till. Under hösten infördes rutinen "Sluta faxa" vilket innebär att patient som skrivs ut får med läkemedelslista på papper men resterande anteckning ses i NPÖ. Västra länsdelen var med i ett första skede, arbetssättet har nu implementerats i hela länet.

8 Struktur för riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

I verksamheten bör göras riskbedömningar för att bedöma förändringar och arbetsätt och dess konsekvens.

Rutin för riskanalyser (riskbedömning) det vill säga hur vi fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten finns idag på det gemensamma intranätet.

9 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelse

Rapportering av avvikelser och händelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada gör personalen direkt i journalsystemet Treserva. Det medför en smidig och säker rapportering till ansvariga chefer, sjuksköterskor och arbetsterapeuter för snabb hantering i teamet. Analysarbetet ska ske i teamet.

10 Hantering och klagomål

10.1 Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter tas emot direkt ute i verksamheten av personal, chefer, MAS och MAR, de kan också komma via kommunens hemsida. Enhetschef ansvarar för att återkoppla till den som inlämnat klagomålet om denne inte är anonym.

Syftet är att undvika att händelser upprepas och att rutiner förbättras för att höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister.

10.2 Beskrivning av sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Syftet är att ta tillvara på den enskildes synpunkter och klagomål för att utveckla och förbättra kvalitén i verksamheten. Inkomna synpunkter och klagomål ska registreras och besvaras. De slussas vidare till rätt handläggare och den enskilde ska bemötas på ett professionellt och respektfullt sätt.

Alla invånare ska kunna lämna synpunkter och förslag. Förtroendevalda, chefer och medarbetare ansvarar för att underlätta för den enskilde att komma med synpunkter och klagomål.

10.3 Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4§

Finns i dagsläget inget strukturerat forum för medverkan av patienten och deras närstående i patientsäkerhetsarbetet. Det finns en möjlighet att lämna klagomål och synpunkter via nätet, telefon eller brevledes.

Viktigt att involvera närstående i omvårdnaden. Detta kan vara praktiska åtgärder om den närstående önskar så men ofta ifråga om personens förflutna, vad tycker hen om att göra, äta, lyssna på etc.

11 Resultat

11.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller på våra processer

Strukturmått

Gjorda egenkontroller under året :

- Punktprevalensmätning (PPM) – basala hygien- och klädrutiner. Mätning görs årligen.
- PPM – trycksår och fall. Mätning görs årligen. Senior Alert är försenade med sina rapporter för 2017. Oklart när den levereras.
- Senior alert är ett kvalitetsregister för riskbedömning av trycksår, fall, undernäring och munhälsa. Varje enskild person riskbedöms en gång per år och vid förändrat behov/förändrad risk gällande trycksår, undernäring och fall.
- I Palliativa registret registreras dödsfall som sker på säbo eller i ordinärt boende där den enskilde har hemsjukvård.
- BPSD är ett register som stödjer ett arbetssätt vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Registrering görs regelbundet, bör ske var 3:e månad.
- Journalgranskning sker regelbundet vid avvikelser och klagomål. Utförs av MAS och MAR.
- Läkemedelsgenomgång och olämpliga läkemedel kontrolleras årligen genom att läkaren går igenom läkemedel som förskrivits till personer på särskilt boende samt personer som har hjälp med läkemedelstilldelning.

11.2 Uppföljning av åtgärder

Ökat antal riskbedömningar i Senior alert som vid upptäckta risker leder till åtgärder.

Åtgärder som görs efter riskbedömning i Senior alert följs upp regelbundet.

Användning av smärtskattningsinstrument och att dokumentera för bättre smärtlindring i livets slut

BPSD-bedömningar som leder till bemötandeplaner för att förbättra livskvalité och minska användandet av olämpliga läkemedel bör bli mycket bättre

11.3 Noterade avvikelser under året

Antal avvikelser registrerade i treserva

Avvikelser som rapporterats under året är:

Fall (alla kategorier) 164 (2016 var det 292)

Läkemedelsavvikelser 50 (Under 2016 var det 82)

Totalt har 914 avvikelser registrerats i Treserva, 229 st är kategoriserade utifrån område. Övriga avvikelser saknar registrerat område pga felinställning i Treserva som inte uppmärksammats. Detta har nu rättats till.

En Lex Maria gjordes under året. Det rörde sig om försenad provtagning som ledde till försenad diagnos och fördröjd behandling. I Lex Maria utredningen beskrevs åtgärder som inspektionen för vård och omsorg (IVO) var nöjda med.

12 Övergripande mål för kommande år

Mål för 2018

- Minskad läkemedelsanvändning av olämpliga läkemedel.
- Fortsatt arbete med att minska fall via minskad undernäring, fysisk aktivitet och läkemedelsgenomgångar
- Fortsatt arbete med Hemrehabilitering.
- Säker in- och utskrivning genom fortsatt arbete med Visam beslutsstöd samt nya Lifecare sp (Nya meddix)
- Rutin för regelbundna teamträffar
- Genomförande av palliativ webbutbildning fortsätter under året
- Journalgranskning - strukturerad kollegial granskning.