



2017 års patientsäkerhetsberättelse och plan för 2018 för Ringgatans serviceboende

Datum och ansvarig för innehållet
180215

Lennart Sandström, verksamhetschef

Mallen är anpassad av Nytida AB utifrån Sveriges Kommuner och Landstings mall

Innehållsförteckning

- Sammanfattning
- Övergripande mål och strategier
- Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet
- Struktur för uppföljning/utvärdering
- Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet
- Uppföljning genom egenkontroll
- Samverkan för att förebygga vårdskador
- Risikanalys
- Informationssäkerhet
- Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
- Hantering av klagomål och synpunkter
- Sammanställning och analys
- Samverkan med patienter och närstående
- Resultat
- Övergripande mål och strategier för kommande år

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 §

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.



Sammanfattning

Nytida bedriver vård och omsorg i särskilt boende samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL och LSS.

Där Nytida har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Ringatans Serviseboend har tillstånd för 6 boende enligt LSS. Enheten haft apt/boendegenomgång ca 1 ggr per månad där stödperson är ansvarig för gå igenom den boendes livssituation och eventuella förändringar under månaden. Enhetens avvikelser tas upp för diskussion/reflektion i syfte att undvika samma felaktigheter och hitta förbättrade arbetsätt. Sjuksköterska på boendet är med vid ett par arbetsgruppsmöten per år samt vid behov. Inga vårdskador har rapporterats under 2017.

- Avvikelser/ händelser har registrerats i Qmaxit där de granskas och behandlas. Varje avvikelse skall följas upp och analyseras av legitimerad personal, på APT och av verksamhetschefen. Uppföljningen av registrerade avvikelser i Qmaxit är en del av det ständiga förbättringsarbetet som dels dokumenteras i uppföljningen men även, i förekommande fall, i Förbättringsloggen.
- Klagomål och synpunkter har behandlats enligt ovanstående struktur.
- Egenkontroll har genomförts två gånger under året (maj och november). Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som besvaras av verksamhetschefen tillsammans med legitimerade medarbetare och omvårdnadspersonalen. Frågorna besvaras i Qmaxit; IT-stödet för ledningssystemet Qualimax.
- Riskbedömningar avseende fall, trycksår och nutrition har genomförts 2 gånger under året.
- All omvårdnadspersonal har genomfört webbutbildning i basala hygienrutiner och livsmedelshygien.
- Alla delegeringar är aktuella och förnyade under året
- Kommunikationen mellan professionerna har förbättrats. All personal har fått förnyad utbildning i hur man delar en anteckning med legitimerad personal i Siebel.
- Enheten har fortsatt få HSL-avvikelser.
- Lm-skåp, som endast ssk har nycklar till, har köpts in under året.

Övergripande mål och strategier

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

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets- miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.



Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Nytida har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta för att alla medarbetare har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6e månad.
- Alla boende där man finner en risk ska ha en omvårdnadsplan upprättad och den ska följas och kontinuerligt följas upp och revideras
- Säkerställ att alla boende får en bra sista tid i livet
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier.
- Säkerställ att de boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivning
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien i vård och omsorg

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Affärsområdeschef/sektorchef ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De



ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivare (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården samt inneha anmälningsansvar för allvarlig vårdskada.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Nytidans rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivaren och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalite och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

På Ringgatans Serviceboende rapporterar personal avvikelser i Ambeas IT-baserade avvikelssystem: Qmaxit. När en avvikelse registrerats skickas ett mejl till Verksamhetschef. Behövs omedelbar åtgärd kontaktar personal omgående sjuksköterska, verksamhetschef eller gruppchef. Avvikelse som rör HSL tas emot av ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef. Alla avvikelser hanteras löpande samt bearbetas i kvalitetsråd/ APT, som hålls 1 gång i månaden. Allvarliga avvikelser hanteras skyndsamt i verksamhetens ledningsgruppsmöten. Vid behov förs avvikelsen över till förbättringsloggen för vidare hantering. Verksamhetschef och gruppchef ansvarar för att MAS informeras vid behov vad gäller allvarliga avvikelser. Vi har under året 2016-2017 implementerat ett arbetssätt för att utvärdera och analysera gjorda riskvärderingar kring varje patient, dessa utvärderas och diskuteras på APT.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Vårdgivarens oberoende kvalitetsavdelning har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

Dessutom har systematisk uppföljning av avvikelser genomförts och återkopplats till ansvariga för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Ringgatans Serviceboende har under året reviderat alla HSL-relaterade lokala rutiner . Arbetet kring att förbättra dessa pågår ständigt. Under året 2017 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet. Har det funnits brister har dessa genast rapporterats till berörda för att kunna förbättras, detta arbete kommer ske fortlöpande även under 2017. Alla medarbetare har aktuella delegeringar.

All omvårdnadspersonal har genomfört webbutbildning avseende:

1. Läkemedelshantering (I samband med delegeringsutbildning)

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

Egenkontroll har genomförts två gånger under året (maj och november).

Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som besvaras av verksamhetschefen tillsammans med legitimerade medarbetare och omvårdnadspersonal. Frågorna besvaras i Q-maxit, IT-stödet för ledningssystemet Qualimax. Syftet med egenkontrollen är att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten.

Utifrån brister egenkontrollen dokumenteras allt förbättringsarbete löpande i Förbättringsloggen i Q-maxit. Egenkontrollen utgör ett underlag för MAS/kvalitetsutvecklaren inför tillsyn. Alla medarbetare signerar överlämnande av läkemedel. Signeringslistan förvaras tillsammans med läkemedlen och ordinationsunderlaget i kundens lägenhet. Ordinationsunderlaget skrivs ut från Pascal vid varje ordinationsändring. Sjuksköterskan kontrollerar signeringslistan med avseende på brister vid varje månadsskifte.

Loggningskontroll har genomförts och redovisats till Uppsala kommun.



Förutom egenkontrollen har närstående, kunder och medarbetare fått svara på frågor i Nytidas kvalitetundersökning i början av året.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Alla kunder har husläkare. Verksamheten har ett nära samarbete med Habiliteringens syndrommottagning.

Samverkan med uppdragsgivare

Samverkan med uppdragsgivaren sker utifrån de överenskommelser som görs mellan boendet och ansvariga i kommun. När uppdatering/ revidering av Genomförandeplanen görs kan biståndshandläggaren ta del av den aktuella planen i journalsystemet. Verksamheten har deltagit i omsorgsförvaltningens utförmöten.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Enheten har ett väl fungerande samarbete med Habiliteringens läkare, sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut och fritidspedagoger avseende tex årskontroller, habiliteringsplaner, utbildning, fritidsverksamheter mm- Legitimerade medarbetare (sjuksköterska) har tillsammans med medarbetare på enheten kontinuerliga dialog utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser och aktuella ordinationer. Medarbetare kan dagligen komma i kontakt med sjuksköterska via telefon samt att sjuksköterska kommer till enheten minst 2 gånger /månad. Sjuksköterska finns även tillgänglig under jourtid. Enheten samarbetar med de öppenvårdsmottagningar, läkare, terapeuter och behandlingsansvariga som är knutna till den enskilda personen genom gemensammavårdplaneringsmöten och via telefon- och/eller mailkontakt

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Innan en kund flyttar in på enheten försöker vi få en så bra och heltäckande information som möjligt. Vi försöker även få tillgång till riskbedömningar som genomförts tidigare. När kunden flyttar in genomförs en riskanalys som dokumenteras i Safe Doc. Personal träffar dagligen alla personer som bor på enheten och har möjlighet att göra bedömningar utifrån observationer av den enskildes psykiska och fysiska status. Vid försämrad status som medför ökade risker rapporteras detta till övrig personal och sjuksköterska som gör en bedömning om ny riskanalys ska genomföras samt om eventuellt nya åtgärder behöver vidtas. Vid risk utarbetas en handlingsplan. Detta kan även ske i samarbete med andra vårdgivare, till exempel den öppenvårdsmottagning eller vårdcentral som den enskilda är knuten till.



Arbetsgruppsmöten, arbetsplatsträffar och handledningstillfällen används även som underlag för riskanalyser. Förutom den dagliga riskbedömningen sker, två gånger per år, en planerad riskbedömning där omvårdnadspersonal och sjuksköterska deltar. Skulle en riskbedömning innebära så stora risker att skyddsåtgärder behöver sättas in dokumenteras det i genomförandeplan och i social journal.

Risker i verksamheten dokumenteras i avvikelssystemet Qmaxit och behandlas enligt rutin.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga . Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Personuppgiftslagens (PuL) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Enfo, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Nytida har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen. Ringgatan använder Uppsala kommuns dokumentationssystem Siebel. Vid inloggning krävs både personligt användarnamn och lösenord **och** lösenordsdosa för att garantera att ingen obehörig får tillgång till journalen.

Samtycke vid informationsöverföring inhämtas alltid från kund eller legal företrädare.

Loggningskontroll har genomförts och rapporterats i Siebel till Uppsala kommun.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 5 kap. 4§

Rapportering av händelser/ Avvikelser

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Alla medarbetare har kunskap om hur Nytidas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. Händelsen/avvikelsen



dokumenteras i Qmaxit. När en avvikelse bedöms allvarlig av den som rapporterar går ett mejl iväg till verksamhetschef, överordnad chef och kvalitetsutvecklare. Om chef och kvalitetsavdelning bedömer att avvikelsen är allvarlig informeras även uppdragsgivaren.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål.

Blankett för att lämna synpunkter och klagomål (med information) finns väl synlig och tillgänglig i baslägenheten. Blanketten skickas också med vid inbjudan till boende och närståendeträffar.

Alla medarbetare har kunskap om Nytidas hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag dokumenteras i Qmaxit och är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschef och legitimerade medarbetare informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/kvalitetsutvecklaren och uppdragsgivare.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

Fortsatt få avvikelser avseende Hälso och sjukvård. Fallincidenterna har inte lett till någon skada.

Enheten har haft 1st klagomål (Hälso och sjukvård) avseende rutiner vid tandborstning. Inga vårdskador har rapporterats under året.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

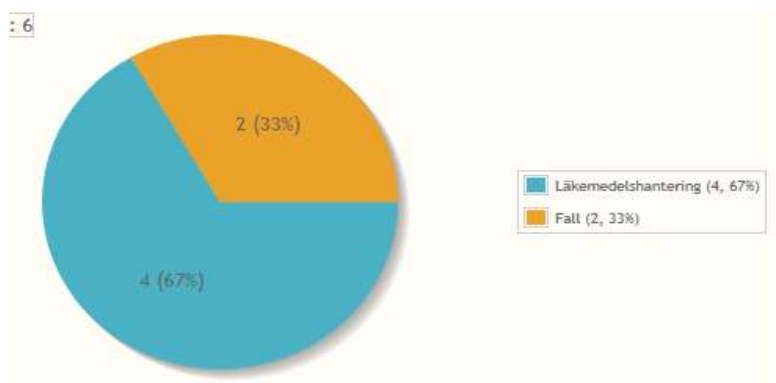
Verksamheten samverkar på olika sätt med såväl den enskilde samt närstående, om samtycke finns. Verksamheten arbetar med kontinuerliga boråd. Nytida har en kundombudsman. Kundombudsmannen tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende.

Verksamheten har haft kontinuerligt träffar (2 ggr år) med närstående/legala företrädare. För att förebygga och identifiera eventuella risker sker kontinuerligt individuella planeringar och uppföljningar tillsammans med kund och vid behov närstående/legala företrädare i samband med upprättande av Genomförandeplanen. Närstående informeras alltid vid allvarliga avvikelser (efter samtycke!)

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3 3

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Q-maxit:



Resultat 2017

Område:	Mål:	Strukturmått:	Processmått:	Resultatmått:	Måluppfyllelse:
	Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Andel (%) av rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Resultat kopplat till målet

<p>Fall</p>	<p>Att alla patienter ska ha en dokumenterad fallriskbedömning. På nyinflyttade boende ska bedömningen vara gjord inom tre dygn.</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för fallprevention</p> <p>Avvikelsehantering</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal</p> <p>Ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall och fallskador</p>	<p>finns</p> <p>alla fall rapporteras i Qmaxit</p> <p>6 av 6 kunder har preventionsbedömning avseende fallrisk</p>	<p>0% vårdskador</p>	<p>Uppfyllt</p>
<p>Basal hygien i vård och omsorg</p>	<p>Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande meddelandeblad och styrdokument</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för basal hygien i vård och omsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetens hos all personal •Handledning/utbildning • Självskattning av följsamheten 	<p>Finns</p> <p>All personal har gjort webbutbildning i basal vårdhygien</p> <p>Hygienombud finns på enheten. Självskattning genomförd på APT</p>	<p>Inga vårdrelaterade infektioner har rapporterats under året</p>	<p>uppfyllt</p>
<p>Rapporterings-skyldighet</p>	<p>Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och riktlinjer</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för hantering av händelser.</p>	<p>Alla medarbetare har fått information och har kännedom om rapporteringsskyldigheten</p>	<p>Inga lex Maria-utredningar under 2017.</p>	<p>Uppfyllt</p>

Läkemedels- hantering och delegerings- processen	Att alla medarbetare: <ul style="list-style-type: none"> • kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt • En säker läkemedelshantering 	Korrekt delegeringsförfarande av leg personal Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshantering	Sjuksköterska ansvarar för delegeringsutbildning och att alla delegeringar är aktuella Lm-avvikelse analyseras av sjuksköterska och verksamhetschef. Avvikelse återkopplas till medarbetarna på APT Lokal rutin läkemedelshantering reviderad under året	Inga lm-avvikelse som lett till vårdskada Alla medarbetare har aktuella delegeringar	uppfyllt
Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar Handledning/utbildning Egenkontroll två ggr/år Loggkontroller	Rutin och riktlinje finns. Checklistan för hälso och sjukvårdsdokumentation används Egenkontroll genomförd i juni och november Genomförs i Uppsala kommuns dokumentationssystem Siebel	Riskanalyserna är gjorda enligt Senior Alerts mallar men ej registrerade i systemet	Uppfyllt
Munhälsa	Alla boende ska erbjudas en god munvård	Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning	Alla kunder har erbjudits munhälsobedömning under året. Alla kunder har kontinuerlig tandläkarkontakt	100% 100%	Uppfyllt



Samarbete och intern kommunikation	Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring	Rutiner och riktlinjer för arbetssätt och informationsöverföring	Alla medarbetare har fått utbildning i hur man delar en anteckning med legitimerad personal i Siebel. Rutin för när/ hur sjuksköterska ska tillkallas finns	Inga rapporterade brister i informationsöverföringen	Uppfyllt
---	---	--	--	--	----------

Patientsäkerhetsplan 2018 för verksamheten

Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dem.

Nytidas verksamheter ska under 2018 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårdgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2017 och metod för att uppnå målen
Risk och preventionsbedömningar – alla boende ska ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt och över tid	Alla kunder ska erbjudas risk och preventionsbedömning fall, nutrition, sår och munhälsa. (enligt Senior Alert)
Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per boende	Enskilda uppföljningar för alla kunder.
Basala hygienrutiner – All personal ska följa basal hygien i vård och omsorg	Självskattning ska utföras 2 ggr per år Alla medarbetare ska göra Webb-utbildningen i basala hygienrutiner
Dokumentation – Alla boende ska ha en korrekt	Journalgranskning i samband med egenkontrollen i



omvårdnadsdokumentation	juni och november
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	Alla ska ha aktuell delegering Delegeringsutbildning enligt riktlinje Aktuella ordinationsunderlag ska finnas hos alla kunder Tydliga och korrekta signeringslistor
Minska läkemedelsavvikelser	Färre läkemedelsavvikelser under 2018
Rapportering av händelser – Vårdskada	Alla händelser som lett till vårdskada ska utredas och rapporteras i Qmaxit enligt riktlinje