

Patientsäkerhetsberättelse

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-01-25

Suzana Yelvington

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Cecilia Rydberg

Medicinsk ansvarig för rehabilitering

Camilla Ljungdahl

Socialchef

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vård skador	8
Riskanalys	
Informationssäkerhet	8
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Resultat	9
Övergripande mål och strategier för kommande år	16

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 patientsäkerhetsarbetet haft fokus på att utveckla avvikelserapportering och uppföljning av dessa, dels genom att utveckla IT-stöd och dels hur uppföljning och statistik återförs till verksamheten. Utvecklingsarbetet har pågått under 2017, men måste fortsätta kontinuerligt.

Kvalitetsregistren är viktiga för att förbättra patientsäkerheten. Statistiken från Senior Alert visar att det förebyggande arbetet kan påverka till exempel antalet fall inom verksamheten. Fallen har minskat från 278st år 2015 till 193st år 2016 och 175st 2017. Arbetet behöver fortsätta och avvikelserna behöver minska ytterligare.

Hygienkontroller, egenkontroller/självskattning, utifrån vårdhygienprogrammet har börjat att utföras. Uppföljning och analys av resultat är en pågående process som skall ske på verksamhetsnivå.

Förebyggande munhälsobedömningar är regionens ansvar. I kommunen erbjuds regelbundna utbildningstillfällen för all personal. Munhälsa bedöms även av omvårdnadspersonal en gång i halvåret och registreras i Senior Alert.

Samarbetet med regionen har stärkts under 2017 i och med att fasta läkare har anställts på vårdcentralen i Österbymo. Det har också anställts en geriatiker som arbetar mot demensboendena. Geriatikern har också som uppdrag att under 2018 gå igenom alla patienter som bor på särskilt boende med tanke att anpassa läkemedelsanvändningen till vårdens målnivå och minska läkemedelsinteraktioner.

Läkemedelsgenomgång har under 2017 genomförts enligt PHASE 20 för patienter inom hemsjukvården.

Journalgranskning har genomförts där brister i användande av vårdplaner syns.

Övergripande mål och strategier

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

För år 2017 har Socialförvaltningen inte haft några definierade övergripande mål och strategier för ett enhetligt patientsäkerhetsarbete. Det ligger inom arbetet med kvalitetsledningssystem vilket fortfarande pågår. Däremot har det pågått interna patientsäkerhetsarbeten inom hela äldreomsorgen. Främst har det handlat om avvikelshanteringen och kvalitetsregister som BPSD (Beteende- och psykiska symtom vid demenssjukdom), Senior alert, palliativa registret. Ytterligare ett kvalitetsregister, SveDem, har införts under 2017.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Under 2017 har arbetet med det nya ledningssystemet fortsatt med revidering av rutiner och införande av ny struktur på intranätet för att säkerställa både patientsäkerhet och kvalitetsledning.

Den 30 januari 2017 fastställde KS det övergripande ledningssystemet och dess struktur. Underliggande processer och rutiner började arbetas med under 2017 och arbetat kommer att fortsätta under 2018.

Socialförvaltningen har en ledningsgrupp där bl.a. socialchef, ansvariga chefer samt vid specifika tillfällen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ingår.

Egenkontroller sker bl.a. via avvikelserapportering, följsamhet av hygienrutiner samt via registreringar i kvalitetsregister.

Under 2017 konverterades tjänsten som vårdkordinator till hemsjukvårdschef. Detta för att tydliggöra personal- och ledningsansvaret för hemsjukvården. Chefen har det övergripande ansvaret för att koordinera vårdens övergångar, prioritera ärenden och delta i det regionala arbetet gällande anpassning till ny lagstiftning samt utveckling av välfärdsteknologi inom området.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Omsorgspersonal och hemsjukvårdspersonal ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud. Det finns rutiner och flöden ut-

formade av ledningsgrupp, MAS och MAR för hur avvikelseprocessen ska genomföras och vilket ansvar de olika professionerna har.

Under 2017 har uppföljningen av avvikelser försämrats trots arbetet med att förtydliga roller, ansvar och rutiner. Kvalitetsmöten har inte genomförts, något som måste ske för att öka förståelsen av avvikelserapportering och öka patientsäkerheten.

MAS och utsedd hygiensköterska ansvarar för kontroll av följsamheten till basala hygien- och klädregler. Återkoppling lämnas till respektive chef som har ansvar för uppföljning i den egna verksamheten.

Användningen av befintliga kvalitetsregister, Senior alert, Palliativ-registret samt BPSD-registret medverkar också till att patientsäkerhetsrisker identifieras. Under 2017 har kvalitetsregistret SveDem börjat användas på demensavdelningarna. Under 2018 ska SveDem också börja användas på säboavdelning för att få en bättre vård av de personer som har en demenssjukdom men som inte bor på en säboavdelning med inriktning mot personer med demenssjukdom.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Kvalitetsregistren Senior alert och Palliativa registret är infört i hela verksamheten. BPSD-registret används på demensavdelningarna. SveDem är infört på demensavdelningarna och under införande på säbo-avdelningarna.

Senior Alert

Registret är till för att identifiera, förebygga och åtgärda risk för fall, undernäring, trycksår samt upptäcka ohälsa i munhålan.

Under 2017 har registreringarna av riskbedömningarna skötts av undersköterskorna. Arbeta med att planera åtgärder har undersköterskorna haft huvudansvaret för med hjälp av rehab. Målet är fortfarande att alla yrkeskategorier ska medverka för att skapa en mer teambaserad vård. Kvalitetsmöten med samtliga yrkeskategorier behöver implementeras.

Uppsökande munhälsobedömning

Regionen ansvarar för att tillhandahålla bl.a. munhälsobedömningar, nödvändig tandvård till enskilda inom kommunen samt tandvårdsutbildning till personal. Folk-tandvården är det företag som erhållit uppdraget under 2017. Kommunen har ansvarat för vissa förberedelser och har gett information om möjligheterna till tandvårdsstöd och tillsammans med företaget planerat och genomfört munvårdsutbildningar.

Palliativa registret

I palliativa registret görs en sammanställning av hur personens sista levnadsvecka varit efter fastställda parametrar t.ex. brytpunktsamtal av ansvarig läkare vid beslut om palliativ vård, lindring av smärta, ångest och illamående etc. Det är hemsjukvårdens ansvar att göra dessa registreringar vilket har utförts på samtliga patienter som har

varit kommunens ansvar.

Specifik omvårdnad vid demenssjukdom - BPSD-registret

BPSD-registrets syfte är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteende – och psykiska symtom (BPSD), det lidande som detta innebär och att öka livskvalitén för personer med demenssjukdom. Att arbeta med BPSD-registret ger en bra struktur i omvårdnadsarbetet och bidrar till implementering av de nationella riktlinjerna för personer med en demenssjukdom. Det ger även ett mervärde i form av personcentrerad omvårdnad, ett gemensamt språk för personalen, teamarbete, tydliga mål, kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar och tydliggör vårdtyngden.

För att höja kvalitén ytterligare behöver fler ur personalen få utbildning i BPSD-registrets modell samt fler i personalen bli administratörer för att kunna göra registreringarna.

SveDem

SveDem är idag världens största kvalitetsregister för demenssjukdomar. Kvaliteten på utredning, vård och behandling av personer som precis fått sin demensdiagnos utvärderas och följs upp årligen och följer sedan med personen in på säbo när demenssjukdomen förvärras. SveDem är som en checklista för hur utredningen och vården skall utföras. SveDem är ett av få register som följer personen genom hela vårdkedjan. Följsamheten till kvalitetsindikatorer i Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2010) kan ses i SveDems rapporter. Registret har satt målvärden för flera kvalitetsindikatorer och användaren kan enkelt se i vilken grad målen uppnås för patienterna på den egna enheten och om förändringar sker över tid.

Avvikelser

Avvikelsehantering sker kontinuerligt och MAS gör årligen en sammanställning av de avvikelser som skett under året. Detta rapporteras till kommunstyrelsen samt till verksamheterna. Varje verksamhet följer upp sina avvikelser regelbundet under året som ett led i ett kontinuerligt systematiskt förbättringsarbete. Under 2017 har kvalitétsmöten inte genomförts och uppföljningarna av avvikelser har enbart skett på APT. Under 2018 behöver kvalitétsmöten återupptas för att stärka teamarbetet och säkerställa att förbättringsarbete sker utifrån avvikelserna.

Basala hygienrutiner

Under året har en fullständig självskattning och utvärdering utförts på uppdrag av MAS och MAS har även sammanställt skattningen.

Från och med 1 januari 2016 gäller hygienregler enligt SOSFS 2015:10 vid arbete inom hemtjänsten, särskilda boenden och viss LSS-verksamhet i samma omfattning som inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Följsamheten och förståelsen för baslahygienrutiner kan förbättras, varför utbildningsinsatser och tätare frekvens av självskattningar kommer att genomföras under 2018

Journalgranskning

Journalgranskning har genomförts under 2017 som planerat. Rutinen för journalgranskning har säkerställas. Loggkontroller för ProCapita och NPÖ har genomförts varje kvartal utan anmärkning och har redovisats till nämnd.

Delegering

Delegering av vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter sker till omsorgspersonal med kompetens i arbetsuppgiften enligt lokala riktlinjer framtagna av MAS. Delegeringarna registreras i avsedd modul i det IT baserade dokumentationssystemet Procapita.

Läkemedelsgenomgång

Många äldre drabbas av läkemedelsbiverkningar på grund av dålig uppföljning av läkemedelsbehandling, olämpliga läkemedel mm. Alla patienter som är 75 år och äldre, där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar, med minst fem läkemedel ska erbjudas en läkemedelsgenomgång. Vid läkemedelsgenomgången samverkar ansvarig läkare, sjuksköterska och omsorgspersonal med patient och i förekommande fall även anhöriga.

En symtomskattning görs för att sedan analysera den tillsammans med ordinerade läkemedel och planera eventuella justeringar, förändringar eller utsättningar av olämpliga läkemedel.

Samordnad individuell plan

En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas när två eller flera verksamheter behöver samverka kring en individ, samordna och tydliggöra vårdinsatser och kontaktvägar. Målet är att undvika onödig sjukhusvård och återinläggning. En SIP ökar tydligheten om vad patientens egen upplevelse av sin situation är samt önskan/mål om hur patienten vill ha det. Detta ökar tryggheten för individen eftersom det finns en tydlig dokumentation om vem, hur och vad som ska göras om individen skulle insjukna och behov av utökad vård finns.

Samverkan med andra vårdgivare

Hemsjukvårdsavtalet reglerar till stora delar samverkan mellan Region Östergötland och kommunen. Ytterligare avtal finns för samverkan med Region Jönköpings län gällande avancerad hemsjukvård.

För att säkerställa informationsöverföringen mellan vårdgivare i Region Östergötland vid in- och utskrivning från sjukhus arbetar verksamheten med ett IT baserat vårdplaneringsverktyg, Meddix.

Samarbetet med Höglandssjukhuset fungerar bra genom kommunikation i Cosmic-Link.

Universitetssjukhuset i Linköping är sämre på att lägga in information. Samtidigt är det få av Ydres invånare som blir inlagda på Universitetssjukhuset.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll för ökad patientsäkerhet har genomförts genom nedanstående aktiviteter;

- Resultat av registrering i kvalitetsregister Senior alert, Svenska Palliativ registret, BPSD-registret och SveDem.
- Journalgranskning
- Hygienmätning har genomförts
- Sammanställning av avvikelser en gång per år

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vi kan konstatera att det finns områden där samverkan behöver utvecklas för att förebygga vårdskador, t.ex. inom den palliativa vården och avancerad hemsjukvård. Samverkan är även viktig för att på allvar komma igång med SIP, när behov finns. Vid specifika patientfall där sällankompetens har krävts har Höglandssjukhuset och universitetssjukhuset utbildat sjuksköterskor inom hemsjukvården. Samverkan med vårdcentralen i Ydre har förbättrats mycket under 2017 främst beroende på fast anställda läkare, mycket kan dock fungera ännu bättre.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vid tillbud och händelser görs analyser. Rutiner och riktlinjer revideras när behov bedöms föreligga. I arbetet med ledningssystemet kommer utvecklingen av riskanalyser att finnas med.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Beskriv hur ni arbetat med informationssäkerhet dvs.

1. de uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse,
2. de riskanalyser som har gjorts,
3. de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse,
4. den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem,
5. den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

-
1. Stickkontroller på loggar enligt fastställd rutin varje kvartal för ProCapita. Genomgång av användare och behörigheter 2 gånger per år för ProCapita. Fler har fått tillgång till inloggning i ProCapita via SITHS-kort.
 2. Under 2017 övergick vi till Cosmic Link som kommunikationsportal mellan Region Jönköping och kommunen, i det arbetet genomfördes en riskanalys av Region Jönköping som kommunen deltog i. I och med nya BAL har även riskanalys gjorts gällande de nya vårdprocesserna. Region Östergötland har varit ansvarig för analysen, samtliga länets kommuner har deltagit i processen. Inga under 2017, under 2018 kommer det att göras i GDPR-arbete.
 3. Införandet av Link gentemot Östergötland försköts till tidigast hösten 2018, mot bakgrund av genomförd riskanalys.
 4. Inte gjorts nog utvärdering under 2017.-
 5. Journalgranskning genomfördes i oktober 2017.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Avvikelsehantering sker kontinuerligt efter lokal rutin.

MAS gör årligen en sammanställning av de avvikelser som skett under året. Bedöms avvikelserna vara mycket allvarliga görs alltid en bedömning om det föreligger skäl för att göra en Lex Maria eller Lex Sarah anmälan till IVO.

Varje verksamhet följer upp sina avvikelser kontinuerligt under året vid personalmöten.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunktshantering

Vi tar emot, dokumenterar och följer upp synpunkter som kommer in. Synpunkter kan lämnas på formulär eller via direktkontakt. Dock finns inte någon gemensam sammanställning av synpunkter för fördjupad analys och uppföljning.

Återkoppling till den klagande parten sker både av MAS och av verksamhetschef samt övrig som kan vara ansvarig i det specifika ärendet.

Verksamheten har stor nytta av synpunktshantering i sin utveckling av patientsäkerheten.

MAS är kontaktperson för Patientnämnden och ansvarar för genomförande av utredning. Inga ärenden har inkommit från patientnämnden under 2017.

Inga allvarliga tillbud med hjälpmedel har skett under 2017.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Avvikelse och Lex Maria sammanställs och analyseras kontinuerlig i verksamheten. Årligen redovisas dessa i patientsäkerhetsberättelsen.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I arbetet med kvalitetsregister Senior alert och BPSD-registret är den enskilde och i förekommande fall även närstående delaktiga i identifiering och planering av åtgärder. Detta ger stora möjligheter till delaktighet i patientsäkerhet.

I samordnad individuell planering (SIP) ska samverkan ske med den enskilde och eventuellt närstående för att utifrån den enskildes mål och behov planera den framtida vården och behandlingen.

I vardagen har personal ofta ett nära samarbete med patienten och dennes närstående.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Basala hygienrutiner

Utifrån avtal mellan kommunen och vårdhygien, region Östergötland, har kommunen tillgång att konsultera hygiensjuksköterska samt planera för framtida utbildningar. Enhetschefer, leg. personal och hygienombud har varit på en halvdagsutbildning som vårdhygien genomförde.

Under 2017 genomfördes en mätning på följsamhet till basala hygienrutiner på alla enheter samt i hemtjänsten. Mätningen utfördes under vecka 39 där ett antal medarbetare oanmält fick en enkät att fylla i där de skulle självskatta sin följsamhet till ett antal hygienrutiner som är aktuella att följa då omvårdnadsarbete utförs.

Utvecklingsarbete behöver fortfarande göras kring desinfektering av händer före patientnära vård samt användande av plastförkläde.

	Ydre			Totalt antal enkäter
	Ja	Nej	Ej relevant	
1. Arbetade i arbetskläder	32	2	0	34
2. Bytte om på arbetsplats	34	0	0	34
3. Kortärmat	34	0	0	34
4. Kort el uppsatt hår-skägg	33	1	0	34
5. Inga smycken-klocka	29	5	0	34
6. Inget nagellack el dyl	31	3	0	34
7. Desinfekterade händer före...	25	9	0	34
8. Desinfekterade händer efter...	31	3	0	34
9. Följde rutin för handskar	32	1	1	34
10. Följde rutin för plastförkläde	20	9	5	34

Senior Alert

I Senior Alert har 66 riskbedömningar registrerats på enheter där Socialförvaltningen har hälso- och sjukvårdsansvar. Förebyggande åtgärderna är kärnan i det preventiva arbetet. Vissa åtgärder har mer effekt än andra och en helhetsbedömning måste alltid ske utifrån patientens perspektiv och resurser. Teamet kan behöva göra avvägningar kring etiska dilemman som uppstår i syfte att främja hälsa och minska lidande.

Av de registrerade bedömningarna har man gått igenom bakomliggande orsaker till risken i 74% av bedömningarna. 97% av de registrerade bedömningarna där risk har upptäckts har planerade åtgärder. 96% av de planerade åtgärderna har genomförts. Behov finns av att utveckla användandet av bakomliggande orsaker mer i arbetet med Senior Alert. Kvalitetsmöten behöver komma igång igen för att förbättra patientsäkerheten och höja kvalitén.

PPM, en del av Senior Alert

Punktprevalensmätning (PPM) av förekomsten av trycksår och fall har genomförts en gång under 2017, v40. PPM-mätningen visar en tydlig försämring när det gäller förekomsten av trycksår. V40 fanns 6 personer med sammanlagt 7 trycksår mot 2016 då antalet var 0.

HALT, en del av Senior Alert

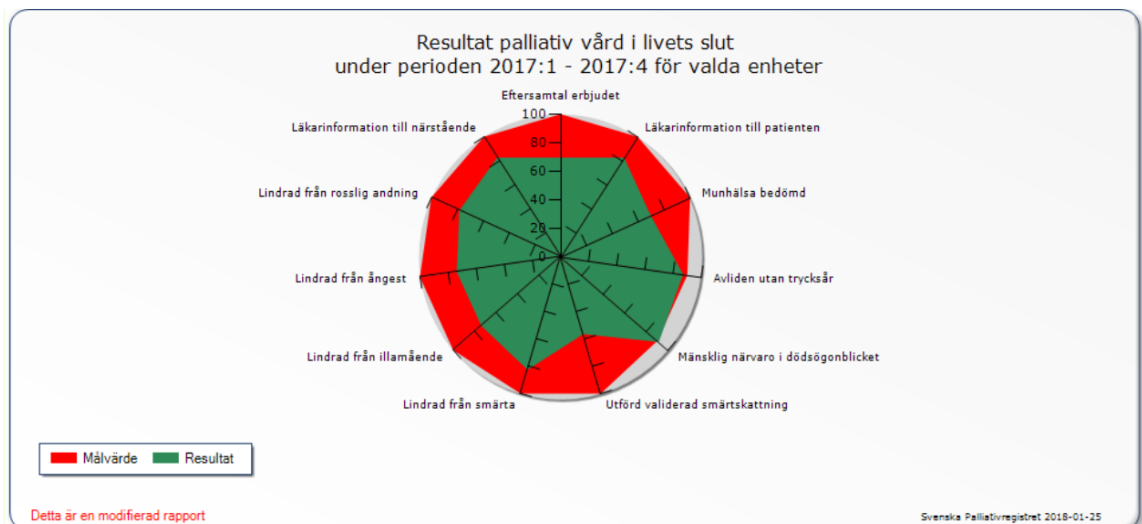
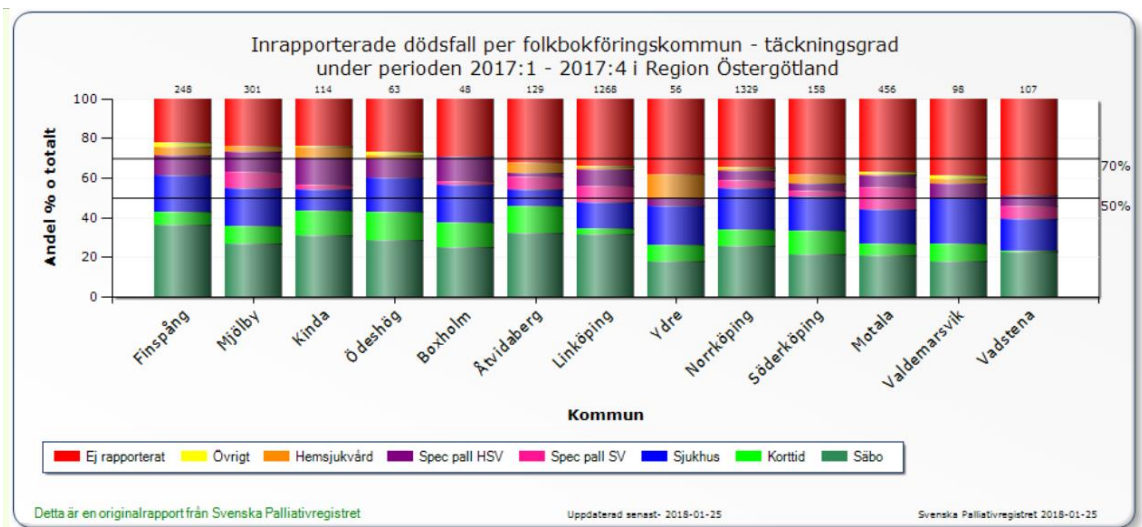
HALT-mätning har genomförts en gång under 2017, där man har gått igenom patienterna på boendena och deras antibiotikaanvändning. Resultatet visar att andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO var 0% i Ydre mot 1% i riket. Andel vårdtagare med antibiotika i Ydre var 0% medan siffran för riket var 3%.

Svenska Palliativ registret

Under 2017 registrerades 27 dödsfall från socialförvaltningen av totalt 56 dödsfall i Ydre kommun. I registret kan statistik hämtas med resultat från olika kvalitetsindikatorer.

Under 2017 har nedanstående resultat tagits fram, se tabell nedan.

Spindelindagrammet visar att det finns fortfarande ett förbättringsområde när det gäller validerad smärtskattning i livets slut samt erbjudande om efterlevandesamtal och skattning av munhälsa.



BPSD registret

Under året har arbetet med att implementera och registrera i BPSD-registret

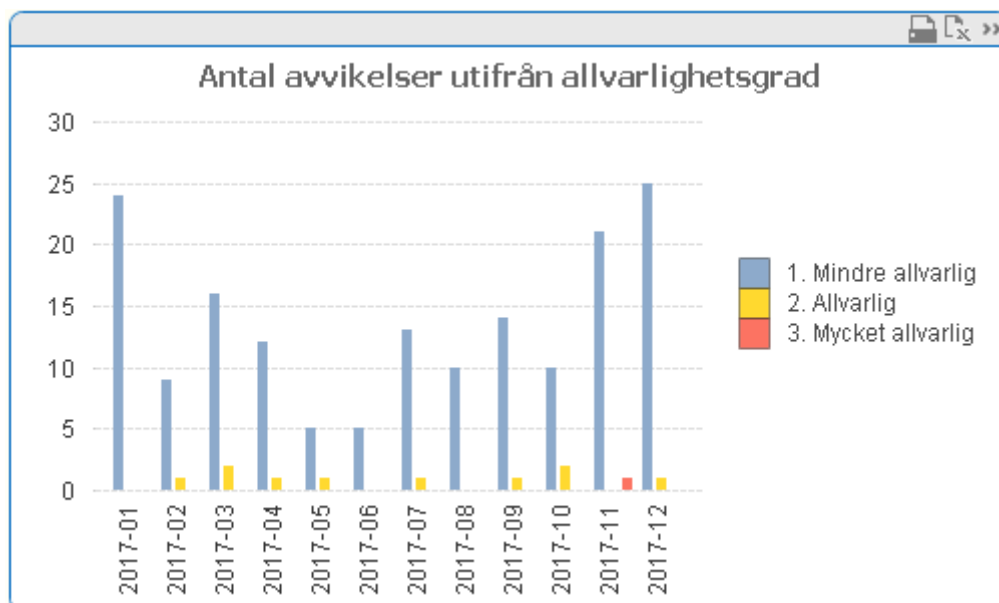
fortsatt. Insatser, som bemötandepaner, förändrat arbetssätt, läkemedelsgenomgång mm, har satts in och följts upp på individnivå.

Lex Maria och Avvikelsehantering

En anmälan enligt Lex Maria har gjorts under 2017.

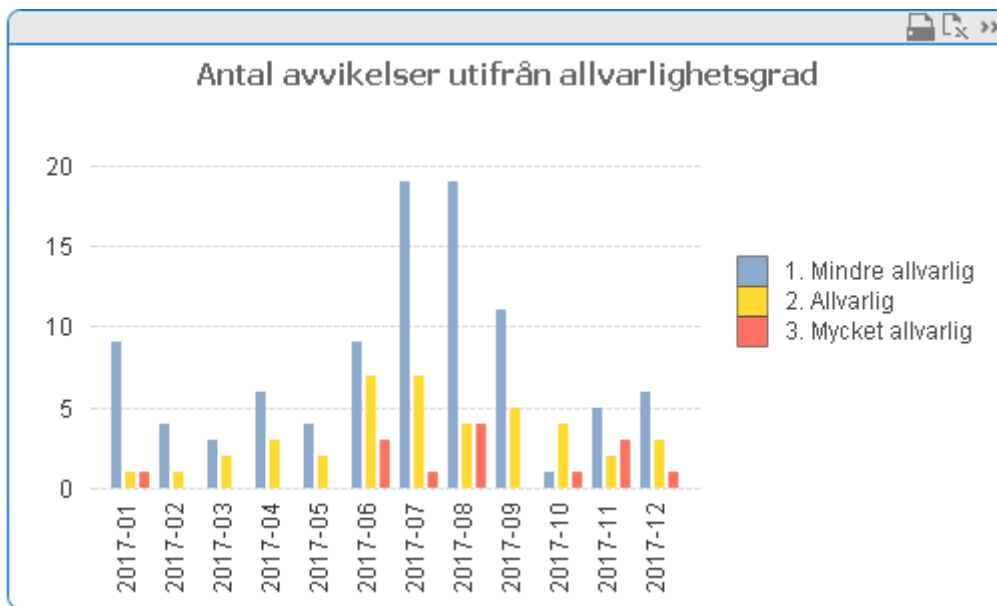
Under 2017 har följande avvikelsetyper rapporterats, fall, läkemedel och omvårdnadsavvikelse.

Totalt har 175 fall registrerats i avvikelsemodulen, varav 1 bedömdes som mycket allvarligt. 2015 registrerades 278 fall. Således en minskning av fallen med drygt 100 stycken på två år.



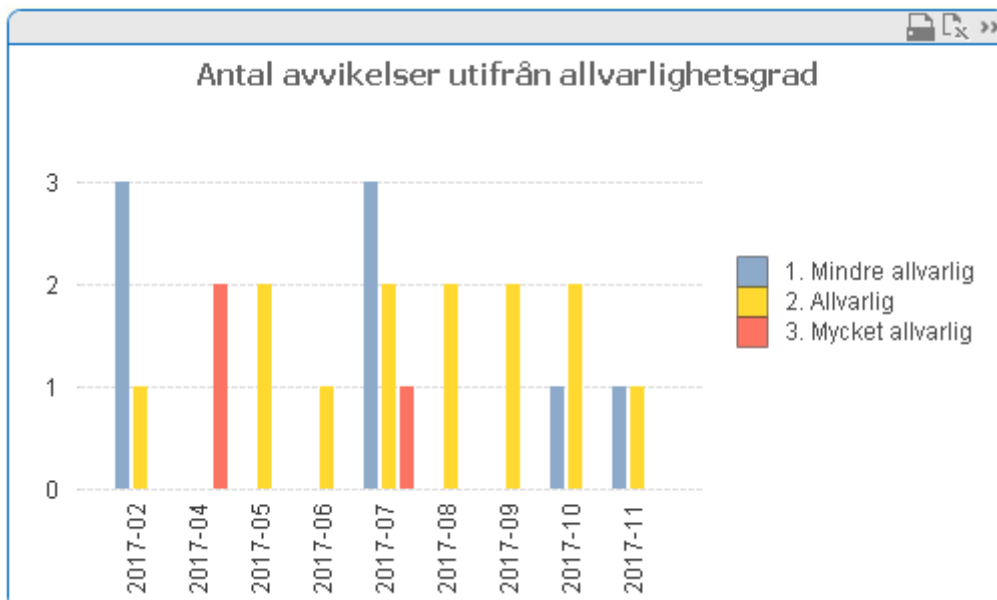
Fallavvikelser 2017

Totalt har 153 läkemedelsavvikelser registrerats 2017, 2016 hade 137 läkemedelsavvikelser skett. 14 bedömdes vara mycket allvarliga. 2015 registrerades 117 läkemedelsavvikelser. Således har läkemedelsavvikelserna ökat med 36st på två år.



Läkemedelsavvikelser 2017

Totalt har 24 omvårdnadsavvikelser registrerats, varav 3 bedömdes vara mycket allvarliga. 2016 registrerades 30 omvårdnadsavvikelser.



Omvårdnadsavvikelser 2017

Ärenden inom hemsjukvården

Under 2017 genomfördes 5792 besök varav 254 var på uppdrag av regionen i ordi-närt boende inklusive korttids.

På Säbo genomfördes 3918 besök, varav 314 på uppdrag av regionen.

Statistiken från kommunrehabiliteringens besök går inte att särskilja från samtliga besök inom hemsjukvården utan ligger som en integrerad del.

Läkemedelsgenomgång

Samtliga läkemedelsgenomgångar som utförts har läkare från vårdcentralen i Öster-bymo ansvarat för.

Journalgranskning

Den journalgranskning som genomfördes visade på flera förbättringsområden. Bland annat användandet av vårdplaner, registrering på rätt sökord och registrering av pa-tientansvarig legitimerad personal.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Socialförvaltningen arbetar utifrån vision, uppdrag och värdegrundsprofil. Uppdraget för förvaltningen är att bedriva en god och modern omsorg för invånare i Ydre kom-mun och att stödja individen att vara så självständig som möjligt.

Socialförvaltningen värdegrund; engagemang, ansvar, respekt och professionellt be-mötande ska genomsyra hela verksamheten.

- Under 2017 fortsätta utvecklingen av personcentrerad vård och bemötande-planer för personer med demensdiagnos. Personalen ska ha kännedom om dom nya nationella riktlinjerna för personer med demensdiagnos
- Journalgranskning ska genomföras minst 1 gång per år
- Kommunen ska bli producent av information till Nationell patientöver-sikt/NPÖ under 2017.
- Fortsätta stimulera arbetet med SIP.
- Aktivt fortsätta att använda kvalitetsregistren, implementering av SveDem-registret.
- Utveckla uppföljningen av avvikelserapporter i verksamheten
- Säkerställa att de basala hygien- och klädrutinerna efterlevs i hög grad
- Initiera och bygga upp ett kvalitetsledningssystem inklusive egenkontroller och olika indikatorer samt en bättre fungerande synpunktshantering.

