

**NÄSETS  
LÄKARGRUPP**

# Patientsäkerhetsberättelse År 2022

Näsets Läkargrupp KB  
2023-02-28  
Agnetha Roswall  
Katarina Hansson

Innehåll	Sidan
1. Om Näsets Läkargrupp	3
<b>STRUKTUR</b>	
2. Övergripande mål	3
3. Organisation och ansvar	4
4. Samverkan för att förebygga vårdskador	4
5. Patienters och närståendes delaktighet	5
6. Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	5
7. Klagomål och synpunkter	6
8. Egenkontroll	6
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten</b>	
9. Övriga åtgärder för att öka patientsäkerheten	7
10. Riskanalys	8
11. Utredning av händelser - vårdskador	9
12. Informationssäkerhet	9
<b>RESULTAT OCH ANALYS</b>	
13. Resultat	10
a. Rapporterade Avvikelser	
b. Utredning av händelser rapporterade via nämnd eller myndighet	
c. Klagomål och synpunkter	
d. Övriga förändringar relaterat till patientsäkerhet	
i. Covid 19 - Vaccinationsuppdrag	
ii. Äldremottagning	
14. Mål för kommande år	13

## 1. Om Nässets Läkargrupp

### Verksamhet

Nässets Läkargrupp är en privatägd vårdcentral som bedrivs som Hälsovalsenhet inom Region Skåne. Verksamheten omfattar en vårdcentral samt en filial med specialmottagningar i Höllviken och filialer för vårdcentralsverksamhet i Skanör och Vellinge. BHV-verksamheten inhyses i kommunens familjecentral i Höllviken.

Verksamheten har specialistläkare i allmänmedicin, endokrinologi. Vi har fysioterapeuter, dietist, arbetsterapeut samt psykologer. Likaså finns astma/KOL-, diabetes-, hjärtsvikt-, distriktssköterske- och vaccinationsmottagning. För personer över 75 år har vi en äldremottagning och för dem som har svårt att ta sig till oss kan vi erbjuda hembesök. Vi utför även hälsokontroller för både företag och privatpersoner.

På kommunens grundskolor och gymnasieskola bedriver vi skolhälsovård. Likaså ansvarar vi för Hemsjukvården i både OBO (ordinärt boende) och SÄBO (särskilt boende) i Höllviken, Skanör och i viss mån även i Vellinge.

### Patienter och personal

Vid utgången av 2022 var totalt 25 249 patienter listade vid Nässets Läkargrupp, en minskning med 73 patienter jämfört med föregående år (25 322).

Näset Läkargrupp hade vid 2022 års utgång ca 95 tillsvidareanställda medarbetare. Antalet timanställda uppgick till ca 20 medarbetare.

## STRUKTUR

## 2. Övergripande mål

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

Nässets Läkargrupp arbetar kontinuerligt för att öka patientsäkerheten på alla nivåer inom verksamheten och med fokus på patientens bästa. Medarbetarna är engagerade och har en gedigen kompetens. Det ges fortlöpande möjlighet till vidareutbildning för alla yrkeskategorier för att ytterligare förbättra och säkerställa att patienten får en adekvat och säker vård.

Våra övergripande mål för **2022** var att:

- patientens säkerhet alltid skall stå i fokus.
- undvika allvarliga vårdincidenter.
- rapportera alla tillbud och avvikelser.
- regelbundet genomföra riskanalyser.

- upprätthålla kontinuerlig fortbildning utifrån medarbetarens behov och erfarenhet.
- arbeta för att utveckla mottagningsverksamheten för våra äldre listade patienter

Avvikelse rapporteringen fyller en viktig funktion i vårt dagliga arbete och är ett viktigt hjälpmedel i vår strävan att ytterligare öka patientsäkerheten. Resultatet av arbetet kring avvikelser hjälper oss bl a att förbättra och utarbeta nya rutiner och instruktioner.

### 3. Organisation och ansvar

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

Ledningen för Näsets Läkargrupp har det övergripande ansvaret för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet. Ytterst ansvarig är Verksamhetschefen.

Inom organisationen finns Medicinskt Ansvarig läkare samt personal som arbetar med kvalitetsarbete och avvikelshantering. All personal som arbetar på Näsets Läkargrupp har ansvar för att rapportera avvikelser, såväl interna som för extern part. Likaså åligger det alla medarbetare att ta emot och fånga upp synpunkter och klagomål från patienter och andra intressenter.

### 4. Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Målet för vårdssamverkan är att patienten och närstående ska känna trygghet och vara nöjda med vården och omhändertagandet som vi tillsammans med andra samarbetspartners (t ex SUS Malmö Lund, Trelleborgs lasarett och Vellinge kommun) står för. Det finns tydliga samverkansöverenskommelser för respektive vårdgivares ansvarsområden. Samverkan sker genom samarbetsavtal och regelbundet återkommande möten.

För att optimera kommunikationen och informationsöverföringen mellan de olika vårdgivarna finns tex:

- Ett gemensamt journalsystem för primärvården (PMO).
- Rutiner gällande informationsöverföringen vid in- och utskrivning av patient (Mina Planer).
- Tillgång till Nationella Patient Översikten (NPÖ).
- Rutiner gällande hanteringen av in- och utgående remisser.
- Regelbunden uppföljning och kontroll av inkomna svar av utgående remisser och prover.
- Omfattande samverkan avseende läkemedelsgenomgångar (hemsjukvård, läkare och apotekare).

Som privat vårdgivare inom Regions Skånes Hälsoval, har Nässets Läkargrupp kontakt med olika stödfunktioner som t ex Smittskydd, Vårdhygien, Strama och Patientnämnden.

### 5. Patienters och närståendes delaktighet

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Nässets Läkargrupp värdesätter en bra kommunikation mellan patient och personal. Genom att ha en dialog med våra patienter kan vi förebygga uppkomst av eventuella vårdskador. Vi uppmuntrar våra patienter och deras närstående att komma med synpunkter och förbättringsförslag till vår verksamhet.

På flera enheter har vi placerat en "åsiktslåda" där man kan lämna sina synpunkter skriftligen. Likaså finns det på vår hemsida, [www.nasetslakargrupp.se](http://www.nasetslakargrupp.se), en e-postadress ([kontakt@nlg.nu](mailto:kontakt@nlg.nu)) som kan användas av patienter som önskar dela med sig av sina synpunkter på verksamheten.

I händelse av skada eller annan oönskad händelse involveras alltid den berörda patienten. Patienten delges information om vilka rättigheter som han/hon har. Patienten och eventuell närstående erbjuds alltid möjlighet till att samtala om händelser som inträffar. Alla patienter som önskar kontakt med personal i ledande funktion med anledning av händelser, synpunkter på verksamheten, klagomål eller annan anledning kontaktas alltid per telefon eller erbjuds ett personligt möte.

### 6. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Vid inträffad avvikelse i verksamheten, patientskada eller klagomål som inkommer till Nässets Läkargrupp skall den medarbetaren som tar emot informationen rapportera densamma till den som är ansvarig för avvikelshantering och som i sin tur initierar en händelseanalys och involverar relevant personal. Verksamhetschefen och ledningen tar del av samtliga avvikelserapporter.

För att underlätta rapporteringen tillhandahåller företaget på vår gemensamma server en specifik blankett för avvikelse- och tillbudsrapportering. Blanketten finns också i pappersformat på alla tjänsterum vilket gör den lättillgänglig inom verksamheten och väl känd av all personal. Alla inkomna avvikelser registreras, kategoriseras och utreds – detta oavsett "svårighetsgrad". På detta sätt kan vi identifiera mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten och därefter kan vi skapa rutiner och upprätta handlingsplaner för att minimera och eliminera eventuella vårdskador.

Medarbetare som rapporterar avvikelser får alltid återkoppling på sina inlämnade rapporter. Via företagets intranät och veckobrev som distribueras till alla medarbetare presenteras kvartalsvis en sammanställning av de senaste rapporterna. Vi uppmuntrar alla

våra medarbetare att rapportera avvikelser och risker. Vi ser avvikelserna som en del i vårt förbättringsarbete och en mycket viktig del i det kontinuerliga patientsäkerhetsarbetet.

## 7. Klagomål och synpunkter

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

Alla synpunkter och eventuella klagomål som inkommer till Nässets Läkargrupp tas omhand och analyseras och alla som hör av sig kontaktas via telefon eller erbjuds ett personligt möte. Alla kontakter registreras och ingår som del i den årliga avvikelssammanställningen.

Ärenden som inkommer via Patientnämnden eller Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) hanteras utifrån direktiv om åtgärder som ges i samband med underrättelse av en anmälan.

## 8. Egenkontroll

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

Patientsäkerhetsarbetet under året följs regelbundet upp av verksamhetschefen och ledningsgruppen och är en stående punkt på alla ledningsmöten.

- Vi följer upp alla synpunkter och eventuella klagomål som kommer från patienter, anhöriga och personal.
- Avvikelser registreras, utreds/analyseras och åtgärdas fortlöpande.
- Smittskyddsenheten utför hygienronder på respektive enhet med ca 1-2 års mellanrum.
- I journalsystemet PMO utförs varje månad loggkontroller på ca 10% av medarbetarna.
- Dataskyddsgruppen kontrollerar kontinuerligt efterlevnad av GDPR.
- Skyddsronder genomförs en gång om året på alla enheter.
- Patientnämndens kvartalssammanställningar följs nogsamt upp och åtgärder genomförs vid behov.
- I företagets gemensamma digitala plattform finns checklistor för internkontroll av delar i verksamheten. All medicinteknisk utrustning kontrolleras dagligen där så krävs. Vissa kontroller såsom brandrondering utförs månatligen på alla enheter. Dessutom har vi en årlig servicegenomgång av medicinskteknisk utrustning som ytterligare förstärker egenkontrollen.
- Representant från "Strama" med uppdraget att bevara antibiotika som effektivt läkemedel och minska risken för resistensutveckling besöker oss en till två gånger om året.
- Vi deltar årligen i Nationella Patientenkäten.
- Vi deltar i Equalis kvalitetsuppföljning.

- För att kunna göra kvalitetskontroller avseende vård och behandling för olika patientkategorier använder vi oss av Medrave, ett rapporteringsverktyg för primärvården som är kopplat till journalsystemet PMO.
- Vi har regelbundna diskussioner inom alla yrkeskategorier angående arbetsätt, förhållningsätt och attityder för att förebygga kvalitetsbrister.

## **Målgruppsundersökningar och granskningar**

Näsets Läkargrupp använder sig av följande undersökningar och metoder för att identifiera förbättringsområden:

- Enkätundersökningar för patienter (NPE).
- På flera enheter finns en "åsiktslåda", där vi välkomnar synpunkter såväl positiva som negativa. Alla som lämnat kommentarer denna väg kontaktas via telefon.
- Likaså återfinns på hemsidan en e-postadress ([kontakt@nlg.nu](mailto:kontakt@nlg.nu)) via vilken patienter/anhöriga kan inkomma med synpunkter på verksamheten.

## **Nationella kvalitetsregister**

Vi medverkar i följande nationella kvalitetsregister:

- SweDem (registrering av personer med demensdiagnos)
- Nationella Diabetesregistret
- Luftvägsregistret
- Rikssvikt

De ovan nämnda undersökningarna samt registren ingår i sk "öppna jämförelser". Detta innebär att våra resultat kan jämföras med andra verksamheter.

## **PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

### **9. Övriga åtgärder för att öka patientsäkerheten**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Patientens säkerhet skall alltid stå i fokus och för att uppnå våra mål avseende patientsäkerhet har verksamheten under 2022 arbetat systematiskt med följande:

- Regelbunden kommunikation med- och information till våra medarbetare.
- Regelbunden information till våra patienter via hemsida, väntrumstv, Google Business och i vid behov dörranslag.
- Regelbunden översyn och uppdatering av arbetsrutiner (bl a med hjälp av mallar och checklistor).
- Riskanalys genom rond på respektive enhet, har genomförts och dokumenterats. Analysen sammanfattas, utvärderas och åtgärdas initialt av skyddskommittén.
- Rutinmässigt användande av mallar för dokumentation av olika diagnoser som luftvägsinfektioner och urinvägsinfektioner, i journalsystemet PMO.

- Kontinuerligt arbete tillsammans med apotekare för att öka antalet läkemedelsgenomgångar.
- Regelbunden uppföljning av antibiotikaförbrukningen (Strama).
- Kompetenshöjande utbildningar (både interna och externa) inom samtliga yrkeskategorier.
- Kontinuerligt förbättrat rutiner och flöden i mottagningsverksamheten.
- Regelbunden information om uppdateringar och påminnelser om regelverket/rutiner kopplat till GDPR.
- "Åsiktslåda" på flera enheter där patienterna skriftligen kan lämna synpunkter eller klagomål.
- Avvikelsestatistiken rapporteras kvartalsvis via veckobrev och Intranät till alla medarbetare och alla rapportörer får personlig återkoppling
- Sedan våren 2021 ingår en av våra anställda i Region Skånes projekt för att utveckla och implementera Skånes Digitala Vårdsystem (SDV). Det nya journalsystemet kommer att förbättra integritetsskyddet och patientsäkerheten som är kopplad till datahanteringen.

Vi arbetar ständigt för att våra patienter skall vara nöjda med såväl bemötande som behandling. Vi strävar efter att ha en bra och konstruktiv dialog med våra patienter för att förbättra patientsäkerheten.

### 10. Riskanalys

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

Varje år genomförs en större riskanalys via rond och där vi går igenom väsentliga delar av verksamheten. Till vår hjälp har vi en checklista anpassad för primärvårdverksamhet. Identifierade risker analyseras och värderas direkt varpå åtgärder sätts in för att göra förbättringar. Det viktigaste i detta arbete är att förebygga att oplanerade händelser inträffar, att identifiera grundorsaken till eventuella avvikelser och att vidta åtgärder för att minimera eller eliminera eventuella vårdskador.

Nästes Läkargrupp har följande rutiner för att identifiera riskmoment inom verksamheten:

- Daglig riskinventering och kontroll av medicinteknisk utrustning.
- Regelbundna riskanalyser som genomförs via rond på de olika enheterna
- Regelbundna internrevisioner kopplat till arbetsmiljö, GDPR mm
- Sammankomster för de olika yrkeskategorierna där vi diskuterar hur vi utför vårt arbete och hur vi kan göra det på ett än mer säkert sätt

Som exempel görs riskanalyser som kan kopplas till:

- Ordinarie arbetsmiljö (fysisk och psykosocial)
- Nya arbetsmoment eller rutiner
- Daglig verksamhet



- Patientsäkerhet
- Personalsäkerhet

## 11. Utredning av händelser - vårdskador

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

I händelse av vårdskada eller incident där patienten på något sätt fått lida men och som kan bedömas vara helt eller delvis orsakat av den behandling/vård (eller avsaknad av behandling/vård) som patienten erhållit via Nässets Läkargrupp, så utreds alltid händelsen initialt internt. Gör den interna utredningen gällande eller ställer sig tveksam till om Nässets Läkargrupp är ansvarig för det inträffade görs alltid en Lex Mariaanmälan till "Inspektionen för Vård och Omsorg" (IVO). IVO gör därefter en bedömning om hur händelsen skall utredas och begär in mer detaljerad information om händelsen.

Om patienten uttrycker oro för att vård och/eller behandling har orsakat men för densamme, informeras alltid patienten om sina rättigheter. Primärt erbjuder vi alltid patienten ett personligt samtal med patientansvarig läkare där händelsen kan förklaras/diskuteras. Patienten informeras också om hur Patientnämnden fungerar och hur nämnden kan bistå patienten för att reda ut den uppkomna situationen.

## 12. Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Nässets Läkargrupp har i staben en IT-expert som ansvarar för informationssäkerheten kopplat till vårt nätverk och våra datorer. I uppdraget ingår att förutom att upprätthålla säkerheten också att supportera, utveckla och underhålla nätverkets infrastruktur.

Nässets Läkargrupp's klienter och servrar har antivirusprogram installerade för att förebygga olika hot. Brandväggar finns för in- och utgående kommunikation på varje enhet/mottagning. Dessa sammanbinder kontoren med VPN.

I händelse av intrång eller annan skada på server hanterar Nässets Läkargrupp detta enligt följande process:

1. Identifikation händelse
  - a. **När** inträffade händelsen?
  - b. I vilken **omfattning** har intrånget eller skadan skett?
  - c. Hur har intrånget **skadat** våra system?
2. Vilka **åtgärder** har satts in?
3. Vilka kontroller har gjorts och görs för att följa upp händelseförloppet?
4. Hur har vi följt upp händelsen?
5. Incidentrapport

6. I händelse av personuppgiftsincident rapporteras detta till **Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)** inom 72 timmar.

Medicinskt Ansvarig läkare gör regelbundet stickprovsundersökningar gällande journaldokumentation.

## RESULTAT OCH ANALYS

### 13. Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

#### a. Rapporterade avvikelser

Näsets Läkargrupp har en väl fungerande process för hantering av avvikelser och all personal uppmuntras att rapportera in allt som avviker från gällande rutiner och god praxis.

Våra medarbetare rapporterar också avvikelser när händelser har orsakats av annan extern part. Alla avvikelser oavsett var de kommer ifrån eller vem/vilka de berör utreds och följs upp. Syftet är inte att hitta fel eller finna en "syndabock" utan att vi skall lära av det inträffade och förbättra våra rutiner och vidareutveckla verksamheten - både för patienter och för personal.

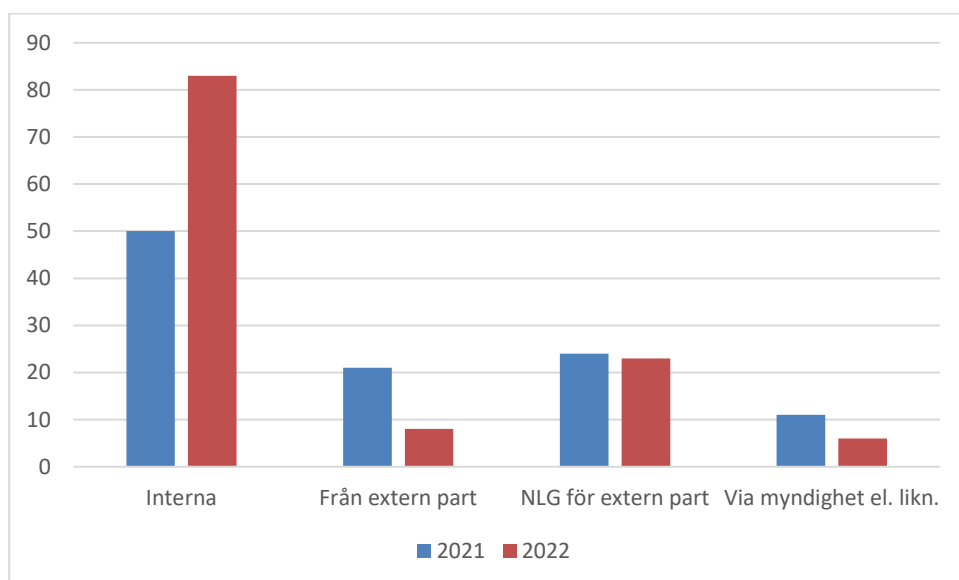


Bild: Avvikelser rapporterade för 2021 och 2022.

- De absolut vanligaste interna avvikelserna som rapporterades under 2022 är precis som under 2021 kopplade till någon form av administration (skanning, remisser, kallelser el likn.) I storleksordning efter detta kommer avvikelser med koppling till Covidvaccinationen (tex intervall mellan vaccinationer eller att patient utanför

rekommenderade åldersgrupper erhållit vaccin). Drygt 10 av 84 avvikelser har kopplats till vård och behandling (omläggningar, injektioner, undersökningar).

- Skriftliga avvikelser från extern part mot NLG har berört vitt skilda områden. Tex missvisande information om 1177, felaktig prioritet på remiss, felmärkt blodprov och liknande.
- Nässets Läkargrupp rapporterade under 2022 totalt 23 avvikelser för extern part. Rapporterna var kopplade till olika områden tex. Transport, bristfällig information om utskrivna patienter, bemötande av externa leverantörer, driftstörningar i journalsystemet mm.

### **b. Utredning av händelser rapporterade via nämnd eller myndighet**

Under 2022 fick vi totalt sex ärenden via myndighet eller liknande. Tre av ärendena var anmälningar från IVO. Två av dessa kommer från en och samma patient och ifrågasätter läkemedelsbehandlingen. Den tredje anmälan rör ett sjukintyg som pga bristfällig information från uppdragsgivare (försäkringsbolag) blev sent förmedlat till patient och därmed blev ekonomisk ersättning till patienten fördröjd. Patienten valde då att anmäla oss till IVO. IVO har i samtliga fall avslutat ärendena direkt och endast uppmanat oss att kontakta patienten med förklaring, vilket så också skett.

Från Patientnämnden har vi fått två anmälningar. En av dessa anmälningar kommer från samma patient som också anmält oss till IVO vid två tillfällen. Det andra ärendet handlar om felaktig medicinering till patient. Ärendet har utretts noggrant och patienten har fått svar.

Ytterligare ett ärende rapporterades via Region Skånes Diarium dit en anhörig till barn hört av sig med klagomål över bristfällig kommunikationen och uppföljning från vårdcentralen efter patientens besök i slutenvården.

### **c. Klagomål och synpunkter**

Utöver ovan avvikelserrapporter registrerade vi under 2022 ca 100 kontakter med patienter eller anhöriga och där det framförts klagomål och synpunkter. Huvuddelen av dessa synpunkter inkom via hemsidans mailadress, [kontakt@nlg.nu](mailto:kontakt@nlg.nu).

De meddelanden som vi fick via mail var i många fall kopplade till hur sjukvården i stort fungerar, tex synpunkter som berör kallelser eller att väntetiden till andra vårdinsatser dragit ut på tiden. Vi fick också synpunkter på telefontillgängligheten, fakturor, hur provtagningen fungerar osv. Ibland vill man som patient eller anhörig berätta om sina upplevelser i samband med besök eller i telefonkontakt med oss. Då och då ifrågasätts den

erbjudna vården och behandlingen eller tom den uteblivna och förväntade undersökningen.

Vi återkopplar alltid på något sätt (via telefonsamtal eller skriftligen) till dem som hör av sig. I de allra flesta fall har patienterna full förståelse och uppskattar när vi förklarar hur vi arbetar och också måste arbeta. Vi är i många fall beroende av andra enheters återkoppling t ex provsvar från olika laboratorier, där vi inte kan påverka tiden det tar att få ett provsvar.

### **d. Övriga förändringar/insatser relaterat till patientsäkerhet**

#### ***Covid-19 - Vaccinationsuppdrag***

I januari 2021 påbörjades vaccinationen mot Covid-19 och detta uppdrag har fortlöpt under 2022. Projektet krävde också under 2022 extra resurser och för ändamålet hade vi ca åtta timanställda sjuksköterskor utöver ordinarie verksamhet.

Vaccinationsverksamheten har lagts upp efter behov och efterfrågan och hela tiden enligt Region Skånes rekommendationer. Vår telefon specifikt för frågor och bokningar relaterat till Covid 19 har varit öppen hela året.

#### ***Äldremottagning***

Under 2022 har vi fortsatt vårt samarbete med minneskliniken och deltar i den sk Adetect-studien som syftar till att våra listade personer som söker för minnessvårigheter får ett utökat omhändertagande i samband med utredning. Vi har under året som gått fortsatt med utredningar av patienter med minnessvårigheter som inte önskar medverka i studien. Vi har genomfört kognitiva ronder där professioner från olika yrkeskategorier ingår och med syfte att kunna hjälpa den drabbade och dess anhöriga på bästa sätt.

Vårt samarbete med kommunen fortskrider med regelbundna avstämningar för att trygga en kort och sammanhållen vårdkedja för de mest sköra äldre.

### **14. Mål för kommande år 2023**

Vårt mål är att fortsätta arbeta på ett sätt som alltid sätter patienten i fokus och där patientsäkerheten är avgörande och av högsta prioritet. För att nå dessa mål kommer vi att arbeta med följande:

- Lägga extra resurser på att utvärdera avvikelser där synpunkter på "bemötande" varit en del av händelsen. Syftet är att patienten alltid skall känna sig hörd och förstådd.
- Vi ska förbättra och förenkla för våra patienter att komma i kontakt med oss. Målet är att alla som söker kontakt via tex telefon skall nå oss den vägen.

## Patientsäkerhetsberättelse 2022

---

- För de patienter som blivit inskrivna i hemsjukvården skall det göras en SIP (Samordnad Individuell Plan) inom 4 veckor.
- Vi ska öka antalet hälsokontroller för personer med psykosjukdom, bipolär sjukdom, psykisk utvecklingsstörning eller flerfunktionshinder.
- Den ordinerade provtagningen skall optimeras så att resurserna används på rätt sätt och att det blir "rätt och lagom" provtagning.
- Vi skall etablera ett specifikt team som tar hand om och följer upp våra obesitaspatienter.
- För att hjälpa våra multisjuka patienter kommer vi att lägga speciellt fokus på registrering och uppföljning av kroniska diagnoser.
- Vi skall utföra både SIP (Samordnad Individuell Plan) o läkemedelsgenomgångar på minst 80 % av våra patienter inom hemsjukvården.