
Regionens eller kommunens lo-
gotyp

Patientsäkerhetsberättelse

2020 Riggargatans äldreboende

Datum och ansvarig för innehållet
210226 Charlotte Haggren verksamhetschef

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Regioner, reviderad 202012

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Patienters och närståendes delaktighet	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
Klagomål och synpunkter.....	10
Egenkontroll.....	11
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	13
Riskanalys	16
Utredning av händelser - vårdskador.....	17
Informationssäkerhet.....	17
Strålskydd.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
RESULTAT OCH ANALYS	18
Egenkontroll.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Avvikelser	19
Klagomål och synpunkter.....	21
Händelser och vårdskador	21
Riskanalys	21
Mål och strategier för kommande år	22

Sammanfattning

Verksamhetens övergripande mål

Som vårdgivare har Ansvar och Omsorg AB som övergripande mål att de boende ska känna *värme, omtanke och trygghet*. För att de boende ska kunna uppleva en trygg och säker omsorg krävs att verksamheten arbetar med ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta uppnås bland annat genom att ha tydliga rutiner och policyers, mätbara HSL-mål, genom att arbeta systematiskt med att föra in ny kunskap samt att driva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

- Vidare så är det positivt att omvårdnadspersonalen läser journal och snabbt utför ordinationer från sjuksköterska/läkare.
- Riggargatan fick höga siffror på Socialstyrelsens brukarundersökning 2020 när det gällde möjligheten att få kontakt med läkare och sjuksköterska

Mål för kommande år

- Fortsätta att arbeta tillsammans i sjuksköterskegruppen för att få en tydlig likartad struktur på alla tre boenden i Nyköping.
- Fortsätta att arbeta och registrera i Senior alert och skapa tydliga hälsoplaner för att minska risk för undernäring, trycksår och fallskador.
- Alla avlidna ska fortsatt bli registrerade till 100% i palliativregistret. Vi ska arbeta aktivt med att alla kvalitetsindikatorer blir uppfyllda under 2021. Under 2020 ser vi en brist, bl a inom smärtskattning, munhälsobedömningar samt att avlida i ensamhet.
- Fortsätta arbetet med utbildningsinsatser för omvårdnadspersonal avseende dokumentation i SOL och HSL journal. Önskvärt vore också att sjuksköterskegruppen fick utbildning i pro capita.

-
- Vi har redan ett väl fungerande avvikelssystem och personal rapporterar avvikelser i pro-capita. Dessa behandlas sedan på våra kvalitetsmöten för att utveckla och förbättra vården och omsorgen om våra boende. Arbetet fortlöper under 2021.
 - All omvårdnadspersonal ska under året ha genomfört hygienutbildning via nätet och hygienronder samt självskattning är inplanerat under året
 - Arbeta på att ytterligare minska, från redan låga nivåer, antalet vårdrelaterade infektioner.
 - Skapa rutiner som faktiskt visar att antalet vårdrelaterade infektioner minskar, detta saknas idag.
 - Utarbeta rutiner för kontinuitet vad gäller anställningsförfarande så att alla som påbörjar sin anställning på Riggargatans äldreboende snabbt får tillgång till SITHskort och inloggning till pro-capita och på så sätt kan verkställa sin dokumentationskyldighet.

Kompetensutvecklingsmål utöver ovanstående:

- God och säker vård i livets slutskede.
- Nya checklistor har skapats inom palliativ vård för att utveckla och underlätta för omvårdnadspersonalen.
- Under året ska all personal genomföra webbutbildning i Palliativ vård
- Utbildning i Abbey Painscale ska genomföras av sjuksköterskor på APT.
- Förbättra och utarbeta rutiner inom inkontinensvård

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Mål för kvalitet och patientsäkerhet inom alla A&O:s verksamheter, är en god och säker vård där antalet vårdskador förebyggs genom ett systematiskt kvalitetsarbete där riskanalyser och egenkontroller utgör en viktig del. Processer inom området patientsäkerhet på Riggargatan 2020 har innefattat:

- Hygienutbildningar i basal hygien men också hygienutbildningar med fokus på Covid 19 (se bilaga 1)
- Haft regelbundna läkemedelsgenomgångar.
- Erbjuda välkomstsamtal för alla nyinflyttade till Riggargatan (strukturen och kvaliteten i dessa samtal kommer att utvecklas under 2021) med upprättande av genomförandeplan i dialog med boende och när de så önskar tillsammans med anhöriga.

Det system vi använder oss av vid kvalitetsarbetet egenkontroll och uppföljning kallas A&O- modellen och bygger bland annat på SOSFS 2011:9. Tydliga riktlinjer finns för planering, genomförande, uppföljning och förbättring samt ansvar och tidsramar. Alla verksamheter arbetar lokalt med bland annat rutiner, kvalitetsråd och egenkontroller. En gång om året sker den interna kvalitetsrevisionen med internrevisorer från företaget som granskar alla aspekter av verksamheten.

Vi arbetar aktivt med Senior Alert och Palliativregistret. Målet är att samtliga boenden ska vara registrerade i Senior Alert och att aktuella vårdplaner ska finnas för att förebygga risker. För att vidare utveckla Senior Alert -arbetet under 2021 kommer ytterligare ett Senior Alert ombud utbildas på enheten samt ett tydligare samarbete med paramedicinsk personal ska införas via Teamkonferenser. 100% av alla avlidna ska vara registrerade i

palliativregistret.

Kvalitetsarbete gällande avvikelshantering har arbetats med under året på kvalitetsråd. Ett av målen var att minska antalet läkemedelsavvikelser, det har uppnåtts genom tydligare och strukturerade läkemedelslistor samt mer individuell genomgång med OP med ssk och VC

Våra larm är inte alltid tillfredsställande då wifi-nätet tappar täckning, vilket innebär att det ibland blir fördröjningar på larmen. Det förekommer ofta stora svårigheter för personal att logga in i journalsystemet Pro-Capita då vi går via en brandvägg.

Vi arbetar aktivt med att informera anhöriga och boende om att komma med förbättringsförslag. Klagomålshantering följs via A&O mall och följs upp varje månad i ett system som delges till Nyköpingskommun via Verksamhetsberättelsen.

Vi arbetar med A&O koncept vad det gäller aktivitet, utevistelse och egentid.

Organisation och ansvar

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

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Ansvar och omsorg AB har som vårdgivare ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Områdeschef (OC) ansvarar för att följa upp varje enhet månadsvis. Områdeschefen har ansvaret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkerställa verksamhetschefens kompetens. Områdeschefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets-, miljö och arbetsmiljö relaterade åtgärden.

Ansvar och Omsorgs kvalitets utvecklare följer upp samtliga verksamheters kvalitetsarbete inom Ansvar och Omsorg.

Verksamhetschef (VC) ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Verksamhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 1997:8) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policys som är ändamålsinriktade. Ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. VC svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras till OC. VC ska samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i den kommun verksamheten bedrivs, i verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschef har i enlighet med HSL (1982:763) 29§ det samlade ledningsansvaret för verksamhetens hälso- och sjukvård.

HSL-ansvarig sjuksköterska har med stöd av HSL (1982:763), 30§ tilldelat ansvar att utifrån sin kompetens fullgöra ledningsuppgifter för aktuella lagrum inom HSL (1982:763).

Leg. Sjuksköterska ansvarar för att utifrån sin profession känna till och arbeta efter HSL (1982:763), Sol. (2001:453) 5 kap. 4§ samt A&O:s värdegrund. Leg. sjuksköterska ansvarar för att följa rutiner fastställda utifrån Nyköping kommuns och A&O:S styrande dokument samt för att rapportera avvikelser följa upp dessa. Leg. sjuksköterska ansvarar för att nyanställd personal får utbildning i läkemedelshantering. Leg sjuksköterska ansvarar även för att delegera och följa upp delegering enligt fastställd rutin.

MAS ansvarar i enlighet med HSL (1982:763) 24§ för kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvård samt rehabilitering i särskilda boenden som drivs på uppdrag av kommunen. Ansvaret avser vård och behandling gentemot de boende. Ansvaret innefattar vidare de krav som ställs på läkemedelshantering, dokumentation, anmälan av skador etc. MAS ansvarar även för att utarbeta regler och rutiner samt kontrollera att dessa är kända och efterföljs i verksamheten.

Nyköping kommuns medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten och samverkar med verksamhetschef i patientsäkerhetsarbetet.

Leg. arbetsterapeut (AT) och leg. sjukgymnast (SG) ansvarar utifrån respektive yrkesprofession för att varje boendes behov av rehabilitering och/eller bibehållande av funktioner tillgodoses. Leg. AT/SG ansvarar för att arbeta utifrån externa såväl som interna styrande dokument, samt att rapportera avvikelser och följa upp de avvikelser som faller under respektive profession. Leg. SG/AT ansvarar för att nyanställd personal tillgodogörs den kunskap, vilken bedöms relevant utifrån den avsedda personalens profession, avseende hjälpmedel, dess användande och arbetssätt. Leg. SG/AT ansvarar även för att följa upp att användningen av hjälpmedel samt att de utlärdas arbetsteknikerna fullbordas på ett patientsäkert sätt.

Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att den vård och omsorg som ges till var och en av de boende fullbordas utifrån ett patientsäkert förhållningssätt där Socialstyrelsens nationella värdegrund för äldreomsorgen, A&O:s interna värdegrund och vision, samt externa lagar, dokument och fastställda rutiner ligger till grund för förhållningssättet. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att personligt delegerade uppgifter, exempelvis inom HSL, fullbordas enligt instruktion och fastställda

krav och rutiner. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att rapportera eventuella avvikelser utifrån de områden som ligger inom ramarna för professionen.

Läkarkontakt

Ansvarig läkare har gentemot de boende ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkaren kommer till enheten och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vår läkare kommer från Ekenbergs vårdcentral en gång per vecka.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan i verksamheten

Legitimerad personal har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Daglig rapportering och uppföljning mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal sker muntligt och skriftligt via dokumentation

Samverkan sker även mellan vår verksamhet, kommunrehab och smittskydd. De flesta av våra boende har dosdispenserade läkemedel från Apotekstjänst för att säkra upp läkemedelshanteringen.

Riggargatans äldreboende har via Ekenbergs vårdcentral en läkare som besöker boendet en gång per vecka (läkarsamverkan) och är tillgänglig för telefonrådgivning övriga vardagar. Kvällar, nätter och helger finns jourläkare att tillgå via regionen. Verksamheten har skriftliga rutiner för hur kontakt med läkare skall tas.

Rutiner finns i verksamheten gällande samverkan vid:

- Inflyttning, via prator
- Vård eller behandling hos annan vårdgivare via prator
- Akuttransport till sjukhus via prator
- Läkemedelsgenomgång med läkare och apotekare.

Av rutinerna framgår det vilka personer som ska kontaktas och vilken skriftlig och muntlig information som ska ges eller medfölja den boende.

Vid inflyttning beställer OAS ett tandvårdsintyg för att ge rätt till nödvändig tandvård inom ramen för landstinget hälso- och sjukvårdstaxa. Munvårdsbedömning utförs kostnadsfritt en gång per år av Folktandvården om boende önskar det. Hemtandvård utförs av Oral Care samt Folktandvården Sörmland efter boendes önskemål.

Varje helgfri vardag mellan 07-17 har Ansvar och omsorg 5 ordinarie sjuksköterska i tjänst inom våra verksamheter i kommunen (Björkgården, St:Anna, Riggargatan) övrig tid har företaget ett avtal med Nyköpings kommuns jourhavande sjuksköterskor.

Avvikelse i vårdkedjan rapporteras och analyseras enligt vår process för avvikelshantering.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

När boende flyttar in till Riggargatans äldreboende, informeras både boende och närstående om hur vi arbetar för att göra vården och omsorgen trygg och patientsäker. Vi informerar om vårt arbetssätt med riskanalyser och prevention av fall, trycksår och nutrition och munhälsa. Vi informerar om användandet av kvalitetsregister, val av vårdcentral och tandvårdsgivare. Vi frågar de boende efter samtycke för användande av skydds- och begränsningsåtgärder när så behövs samt samtycke för informationsöverföring till närstående och sammanhållen journalföring samt dokumenterar detta.

Vi informerar även om möjligheten för boende och närstående att lämna synpunkter och klagomål till oss och hur vi arbetar med dessa. Boende och/ eller närstående informeras om den boendes hälsotillstånd försämras och vid läkemedelsförändringar. Boende och närstående erbjuds samtal med läkare om så önskas. Detsamma gäller deltagande vid vårdplaneringar om boende så önskar för att möjliggöra en god samverkan och delaktighet i vården och omsorgen.

Verksamheten erbjuder även anhörigträffar två gånger per år där anhöriga får information om enheten samt har möjlighet att framföra allmänna synpunkter. Vi har även Boenderåd fyra gånger per år. Våra boende har möjlighet att lämna synpunkter på aktiviteter, mat, miljö och övrigt. Under hösten 2020 har även Ansvar och Omsorg lämnat ut en enkät som de boende har fått fylla i gällande bemötande, personlig omvårdnad, aktiviteter, kost, delaktighet i vården, städning och utevistelse. Det man är nöjd med och vi får positivt resultat på är hjälpen man får, den personliga omvårdnaden, delaktighet i vården och aktiviteter. Det vi behöver bli bättre på är mat och måltidssituation, utevistelse och att få snabbare kontakt med personalen när man larmar.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 5

Avvikelse

Alla händelser som lett till eller kunnat leda till vårdskada avvikelserapporteras i Pro Capita. Avvikelshantering är ett viktigt instrument för att

mäta och följa upp beslutade åtgärder för att öka patientsäkerheten. Arbetet sker med stöd av förbättringshjul/ årshjul. Alla medarbetare ska veta vad vi gör- vem gör det-hur gör vi det och hur följer vi upp resultatet.

Alla inträffade avvikelser av HSL-karaktär behandlas inledningsvis på respektive avdelning med ansvarig sjuksköterska eller den legitimerade personal som är mest lämpad utifrån profession och därefter vid behov övergripande på APT.

Samtliga avvikelser registreras och dokumenteras. Avvikelsehanteras enligt rutin för Avvikelsehantering. Samtliga medarbetare känner till avvikelserutinen och vet hur en avvikelse registreras och varför.

En gång i månaden, dock ej under sommarmånaderna, tas alla avvikelser upp på kvalitetsråd, där omvårdnadspersonal från varje arbetsgrupp, sjuksköterska och verksamhetschef deltar. Kvalitetsrådet är ett ständigt pågående forum för diskussion och förbättringsarbete.

Allvarliga fall och läkemedelsavvikelser rapporterar verksamhetschef vidare till MAS för kännedom. Alla fallavvikelser återkopplas till arbetsterapeut och fysioterapeut.

Allvarligare händelser rapporteras förutom till MAS i kommunen även till företagets kvalitetsansvarige. Vid avvikelser som leder till Lex Sarah eller Lex Maria anmälan håller kvalitetsansvarig i företaget i utredningen och verksamhetschef ska bistå med den information som behövs för att utredning skall kunna utföras. Verksamhetens avvikelser sammanställs av verksamhetschef varje månad.

Avvikelsehanteringen avslutas i procapita efter att samtliga inblandade dokumenterat åtgärder och eventuella rutiner. Rutin för att dokumentera åtgärder och förlopp i avvikelsemodulen ska utarbetas för att kunna följa den röda tråden av vad som gjorts.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har löpande ansvar att kontrollera, utreda de avvikelser som skrivs i verksamheten. Verksamhetschef har övergripande ansvar att de avvikelser som inkommer utreds, åtgärdas och följs upp. Rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas systematiskt på kvalitetsråd och med berörd personal.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter är en viktig del av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete i verksamheten. Verksamheten har skriftliga rutiner för hantering av klagomål och synpunkter.

Synpunkter och klagomål kan lämnas skriftligen via en blankett som finns i entrén, skriftligen via företagets webbsida eller muntligen direkt till kontaktperson, sjuksköterska eller enhetschef. Varje medarbetare i

verksamheten har skyldighet att ta emot klagomål och synpunkter, alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål om det är möjligt.

Verksamhetschef har yttersta ansvar för att synpunkter och klagomål hanteras, utreds, analyseras och återkopplas till medarbetarna boende och anhöriga. Alla inkomna synpunkter, förbättringsförslag och klagomål behandlas i kvalitetsrådet.

Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS, kvalitetsansvarig och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

All dokumentation av synpunkter och klagomål sparas i en pärm hos verksamhetschef. Sjuksköterska alternativt arbetsterapeut/sjukgymnast ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i HSL-dokumentation.

Om synpunkter eller klagomål inkommer via patientnämnden eller IVO hanteras de utan dröjsmål efter de instruktioner som vanligen följer med ärendet.

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet.

Vi uppmanar till att lämna synpunkter på verksamheten från boende, närstående och övriga som kommer i kontakt med vår verksamhet. Synpunkterna hanteras enligt Rutin för synpunkter och klagomål. Detta görs på A&O färdiga underlag "Hjälp oss att bli bättre", som finns anslagna på tavlan i entrén och på varje avdelning. Denna blankett skickas också med i välkomstmappen våra boende får vid inflytt. Synpunkter kan även lämnas på vår hemsida ansvarochomsorg.se eller muntligt till verksamhetschef. Görs bedömningen att klagomålet är allvarligt tas ärendet vidare till VD, MAS och uppdragsgivare.

Under 2020 har nio klagomål inkommit som har åtgärdats. Vi har även haft en Lex Sarah gällande bemötande, svar på larm och städning denna är avslutad och återkopplad.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	2 gånger per år 1 gång i månaden 2 gånger per år 1 gång per år	PPM-databasen Infektionsverktyget Markörbaserad journalgranskning HALT- Senior alert
Basala hygienrutiner och klädregler	6 gånger per år	PPM-databasen
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet

Trycksår	2 gånger per år	PPM-databasen, Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Narkotikakontroll	1 gång / månad	Enligt HSL lagstiftning
Palliativregistret	När boende avlider	Palliativregistret
Livsmedelshygien		Ingen tillsyn 2020- planerad januari 2021
Kontroll av MTP	1 gång / år	Inte utfört 2020 – påminnelse via A&O MAR och VC att göras 2021 enligt rutin

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

Journalgranskning

Journalgranskning samt loggningskontroll sker en gång per år av kommunen. Det finns en journalgranskningsmall att följa samt lathundar för dokumentation framtagna av Nyköpings Kommun.

Basala hygienrutiner

Uppföljning av basala hygienrutiner sker genom att

- Mäta att all personal har genomgått hygienutbildning en gång/år
- Registrera vårdrelaterade infektioner månadsvis
- Genomföra hygienrund årligen
- Att hygienombud är med på de träffar som anordnas av kommunen/landsting.

HSL- indikatorer

Riskbedömningar för trycksår, fall, munhälsa och undernäring sker vid inflytt och därefter var sjätte månad med uppföljningar var tredje månad.

Alla vårdtagare som identifierats som riskpatient för trycksår, fall, munhälsa och undernäring ska ha resultatet av riskbedömningarna dokumenterade i status samt att en vårdplan upprättas och följs upp kontinuerligt.

Alla vårdtagare ska ha en förflyttningsbedömning dokumenterad i verksamhetssystemet Pro Capita.

Hälsokonferens

Genom teamsamverkan följs alla patienters hälsotillstånd upp. (Sjuksköterska, Rehab och omvårdnadspersonal)

Detta sker vid inflyttning, hälsokonferenser var fjärde vecka, samt vid förändringar av hälsotillstånd.

Kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering

Årliga kvalitetsgranskningar av Riggargatans läkemedelshantering utförs av farmaceut och våra legitimerade sjuksköterskor tillsammans. Även verksamhetschef deltar.

Läkemedelshantering inkluderar ordination, förvaring och kassation samt delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Kontroll av narkotika och akutförråd sker en gång månaden. Vid avvikelser i narkotikahandlingen kontaktas MAS.

Läkemedelsgranskning gjordes under hösten 2020

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Kvalitetsregister är ett bra sätt att jämföra verksamheten både nationellt, företagsmässigt och verksamhetsmässigt. Vårdtagare kan tacka nej till att bli registrerade i register.

Anhörigas synpunkter och delaktighet i vården är viktig för oss på Riggargatan. Under året har en anhörigträff genomförts.

Senior Alert

Verksamheten är ansluten till Senior Alert och dokumenterar i kvalitetsregistret på webben. Registrering sker med riskbedömning, vidtagna åtgärden och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Samtliga boende ska få en bedömning inom 14 dagar vid inflyttning och bedömningen ska uppdateras minst var 6:e månad oftare vid behov. Uppföljning på insatta åtgärder sker var tredje månad eller oftare vid behov. Vi har registrerat 43 boende av 48.

Risk för malnutrition:

Regelbunden viktkurva följs, vikt kontrolleras minst fyra gånger per år, oftare vid behov. Vid behov utförs mat- och vätskeregistrering. Kosten anpassas och ordinerar i samråd med sjuksköterska och läkare eller dietist. Vid behov ordinerar energi och proteinberikad kost, specialkost samt näringsdrycker. Vårdnadsplan i procapita upprättas när risk för undernäring upptäcks.

Vid behov kontaktas dietist eller logoped.

Fallrisk:

Varje boende följs regelbundet av arbetsterapeut och fysioterapeut för hjälpmedelsföreskrivningar. Vårdplan upprättas av sjuksköterska eller paramedicinsk personal när fallrisk föreligger. Möjliga riskmoment för fall avlägsnas i samråd med boende och anhöriga och rummen ses över regelbundet.

Risk för trycksår:

Daglig tillsyn av hudens status görs av omvårdnadspersonal i samråd med sjuksköterska för att på tidigt stadium upptäcka risk för trycksår och då sätta in åtgärder. Sjuksköterska dokumenterar förändringar i procapita, denna bedömning ligger sedan till grund för arbetsterapeutens och fysioterapeutens bedömning av insatser/hjälpmiddelsföreskrivning. Om risk finns eller trycksår uppstått ska en hälsoplan upprättas i procapita med tydliga mål och uppföljningsplan.

Medicintekniska produkter (MTP)

Verksamheten har lokala rutiner för användandet av MTP. En inventarieförteckning ska upprättas för samtliga MTP. Service och besiktning utförs i enlighet med tillverkarnas riktlinjer. Avtal för service och besiktning finns. Bruksanvisningar för MTP bör finnas i en pärm på varje avdelning, lättillgängligt för omvårdnadspersonal och brukare – detta är inte gjort och kontakt med kommunrehab och företaget MAR har tagits

Intern kvalitetsrevision

A&O Ansvar och Omsorg AB utför intern kvalitetsgranskning med månatlig rapportering samt 1 gång/år, med 185 kontrollpunkter för att säkerställa patientsäkerheten.

Internrevisionen omfattar bland annat jämförelse av verksamhetens resultat med resultat för andra verksamheter inom företaget samt jämförelse med verksamhetens tidigare resultat. Revisionen omfattar också granskning av journaler, rutiner och annan dokumentation samt intervjuer med personal för att bland annat undersöka om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i patientsäkerheten och verksamhetens kvalitet. Under 2020 utfördes revisionen digitalt pga Covid 19 och en handlingsplan upprättades.

Utifrån internrevisionen behöver vi stärka verksamheten med:

- Följa A&O mötes mall fullt ut vid alla ombudsmöten.
- Göra förteckning över MTP tillsammans med paramedicinsk personal,
- Förflytningsutbildning
- Kompetensutvecklingsplan HSL
- Att genomförandeplan görs för alla boende och följs upp

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Verksamheten registrerar alla avlidna i palliativregistret. Under 2020 har 28 personer avlidit på enheten och 100% har registrerats palliativregistret.

Hantering av sekretessbelagda patientuppgifter

Verksamhetens arbetar alltid med avidentifierat material ute i verksamheten, på avdelningarna med undantag för läkemedelslistor och signeringslista för läkemedel, dessa förvaras i låsta skåp i den boendes egen lägenhet. SOL pärmar förvaras på låst undersköterskeexpedition.

Sjuksköterska hanterar patientuppgifter i enighet med gällande lagar och regler, rutiner för hantering finns skriftliga i verksamheten. Samtliga dokument innehållande patientuppgifter/ personuppgifter förvaras i dokumentskåp i låst rum.

HSL- dokumentation

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har all legitimerad personal dokumentations-skyldighet. Verksamheten har utarbetade rutiner för HSL- dokumentation. Vi arbetar också vidare med att utbilda ny personal i HSL-dokumentation.

Avvikelser

Genom avvikelshantering följs patientsäkerheten upp i det dagliga arbetet. Alla medarbetare rapporterar avvikelser och har skyldighet att rapportera. Avvikelserna skrivs direkt i journalsystemet och går automatiskt till sjuksköterska och enhetschef. Avvikelserna hanterades enligt rutin för avvikelshantering.

Vård i livets slutskede

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska leder arbetet med vård i livets slutskede för den boende på enheten. Sjuksköterskan ger handledning och stöttning till personal och anhöriga/ närstående på enheten.

Ansvarig sjuksköterska har nära samarbete med anhöriga och ansvarig läkare vid vård i livets slutskede. Ansvarig sjuksköterska arbetar med skattningsskalar och bedömnings verktyg för smärta, oro/ångest, munhälsa vid vård i livets slut.

Informationsmaterial som broschyren "Livets sista tid" och "När tiden stannar till" finns att ge närstående/ anhöriga om de önskar.

Uppstartat under 2020 är arbetet med palliativ vård som kommer att fortgå under 2021 med tillhörande handledning av sjuksköterska till omvårdnadspersonal. . Där ingår också den web-baserade utbildningen "Palliation ABC"

Munhälsovård

I samband med inflyttning erbjuds den boende ett tandvårdsintyg som ger rätt till subventionerad tandvård. Man erbjuds också en kostnadsfri munhälsobedömning 1 gång per år.

Vårdhygien och Smittskydd/ Hygienranskning

Vårdrelaterade infektioner och smittspridning innebär en risk för de boende. Arbetet med förebyggande åtgärder sker i det dagliga arbetet i verksamheten. Under 2020 har alla anställda utbildats i hygien. Hygienobservationer har gjort enl. Ansvar och omsorgs rutiner. Hygienrond/ hygienobservationer arbetar verksamheten med varje månad. De diskuteras på kvalitetsrådet och arbetsplatsträffar varje månad.

Vårdpersonal har gått igenom ett antal digitala utbildningar i basal hygien och med Covid 19 i fokus. (se bilaga 1)

Delegering

Utbildade undersköterskor får en individuell delegeringsutbildning av sjuksköterska, samt genomgår webbutbildning för säker läkemedelshantering via demenscentrum.se. I vissa fall kan även utbildad personal få delegering på läkemedelshantering, men detta är restriktivt. På årsbasis gör all delegerad personal ett skriftligt prov innan förnyelse av delegeringen görs. Regelbunden uppföljning görs av sjuksköterskor med de som fått delegering. Nyköpings kommuns riktlinjer ligger till grund.

Miljö- och hälso- granskning

Genom externkontroll av Miljö- och hälsoskydd garanterar vi att verksamheten klara de kraven för bland annat säker mathantering, säker kökshygien. Under 2020 utfördes ingen Miljö och Hälsa en kontroll i verksamheten men är planerad i januari 2021 då verksamheten omvandlat köket i oktober 2020 från tillagningskök till mottagningskök

Åtkomst till rutiner

Samtliga rutiner och riktlinjer inom verksamheten finns tillgängliga via företagets verksamhetsstöd på webben för all personal.

Personal/ Introduktion nyanställda

Nyanställda genomgår introduktion med en mentor där man följer A&O:s rutin för introduktion. Vi arbetar vidare med introduktionen under 2021 med bland annat nya checklistor.

Risakanalys

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

Risakanalys genomförs systematiskt inom ramen för ledningssystemet och används vid processrevideringar samt vid förändringar inom vård och omvårdnad, organisation, arbetsmiljö och miljö.

Aktiviteter kopplade till riskanalys och riskhantering finns inlagda i årsplaneringen och har sitt utrymme i flera tvärprofessionella forum, såsom ledningsgrupp, vårdkonferens, avdelningsmöte, samt APT.

Vid inflyttning görs en riskbedömning enligt Senior Alert av fallrisk, risk för undernäring, risk för trycksår och risk för ohälsa i munnen av sjuksköterska. Rehab bör göra en Adl/förflyttningsbedömning och ser över behovet av hjälpmedel. Bedömningar har inte gjorts under 2020 men översyn av hjälpmedel har gjorts.

Riskbedömningar görs sedan löpande av sjuksköterska i samråd med kontaktperson, vid förändring i den boendes allmäntillstånd eller minst var 6:e månad.

Verksamheten gör riskbedömning kring arbetsmiljö i den enskildes lägenhet.

Vid risk att den boende gör sig själv eller andra illa, eller risk för att den boende ska avvika från verksamheten, görs alltid individuella handlingsplaner som dokumenteras i pro-capita.

Vid negativa händelser och avvikelser i verksamheten åtgärdas och förbättras problemet direkt, för undvikande av vårdskada eller tillbud. Vid behov görs en analys av vårdtyngden (både fysisk och psykisk) och vid behov förstärks personaltätheten.

Verksamheten använder sig bland annat av checklista/riskbedömning i boendrum som underlag för att identifiera risker och brister. Efter en genomförd riskbedömning fattas beslut om eventuella åtgärder och en handlingsplan upprättas med analysen som grund.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Att utreda missförhållanden och risker för missförhållanden samt vidta åtgärder för att förhindra att sådana uppkommer igen. Att ansvara för att verksamheten utvecklas och att missförhållanden rättas till. Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Förra året hade vi en Lex Sarah-utredning på Riggargatan. Misstanke om missförhållande utreddes enligt gällande rutiner. Missförhållandet gällde lång svarstid på larm, bristande respekt ifht bemötande, följsamhet ifht genomförandeplan och dagplanering.

Bedömning gjordes att händelsen var av mild allvarlighetsgrad och sannolikheten för upprepning bedöms som liten samt att den inte var så allvarlig att den behövde anmälas till IVO utan hanterades av verksamheten. Utredningen utfördes av kvalitetsansvarig på A&O.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden, t.ex. hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Samtycke inhämtas om huruvida uppgifter får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare. Vi följer gällande lagstiftning och riktlinjer. Journalgranskning görs på uppdrag av Division Social Omsorg. SITHS kort och inloggning krävs för åtkomst till journalsystem. Vid överrapportering till annan vårdgivare sker rapport i Prator där även kallelse till SIP ingår

- Muntlig informationsöverföring angående sekretessbelagd information och samtal om de boende ska ske bakom stängda dörrar.
- Skriftlig information som är sekretessbelagd får inte ligga framme åtkomligt för obehöriga
- Boendes namn och personnummer får aldrig anges i mejl
- All dokumentation ska ske i datasystem i enlighet med patientdatalagen
- Samtycke från den boende ska finnas angående informationsöverföring till närstående och sammanhållen journalföring.
- Det är viktigt att all personal är insatt i sekretesslagens bestämmelser och att tystnadsplikten efterlevs för att värna om den enskildes personliga integritet

- Blankett för tystnadsplikt ska skrivas under av all personal samtidigt som information om tystnadsplikt ges.

För att få åtkomst till journalsystem krävs både SITHS-kort och inloggningsuppgifter till Procapita. Dessa beställs vid nyanställning av verksamhetschef och SITHS-kort återlämnas till densamme när anställning avslutas.

Då en patient behöver vård inom slutenvården skickas rapport i Prator. I de fall en patient skickas till sjukhus då sjuksköterska ej finns på plats används blanketten Informationsöverföring till annan vårdgivare.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egen kontroll	Resultat
Vårdrelaterade infektioner	35
Basala hygienrutiner och klädregler	Utfört enl plan. Alla använder arbetskläder
Hygienronder	2 gånger / år utfört
Avvikelser	Se nedan
Trycksår	13
Patientens klagomål och synpunkter	9
Narkotikakontroll	Inga avvikelser
Palliativregistret	100% registrerade. Kvalitetsindikatorerna ej uppfyllda enl palliativregistrets målvärde
Livsmedelshygien	1 gg per år av Miljö och Hälsa men ingen 2020
Kontroll av MTP	1 gång/år utförd av ssk men ej av kommunrehab

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Social dokumentation Och genomförandeplan	Tydlig implementering för OVP	Checklista Stöd av dokumentationsombud på Apt Utbildningsinsatser i dokumentation	Ej uppnått	Omflyttning av omvårdnadspersonal.
Förtydliga Kontaktmannaskapet	Boenderåd, kontaktperson Socialstyrelsens öppna mätning	Lathund för kontaktmannaskap. Genomförandeplan Aktiviteter Levnadsberättelse Arbete med dagplanering	Ej uppnått	Fortsätter arbeta med det 2021 där satta mål är rehabiliterande fördjupad förståelse av kontaktmannaskapet
Mer respektfullt bemötande boende			Klagomål och IVO-anmälan av privatperson	Behöver arbeta med utbildning i värdegrundstrappan under 2021 och regelbundet arbete med värdegrund som tex. Bemötande

Avvikelser

Avvikelse 2020	jan	feb	mar	april	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt
Hjälpmedel	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3
Omvårdnad /tillsyn	0	2	4	1	0	1	0	2	1	4	5	2	22
Läkemedel	14	8	7	12	22	7	7	10	7	15	12	3	124
Fall	0	6	3	4	5	3	4	2	4	7	5	3	46
Dokumentation/information	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Övrigt		-			2			0	0	0	0	0	2
Synpunkter och klagomål	0	0	0	1	2	1	1	0	3	0	0	1	9

Avvikelser jämförelse

Avvikelser	2019	2020
Hjälpmedel	3	3
Omvårdnad/tillsyn	5	20
Läkemedel	61	121
Fall	53	43

Dokumentation/ information	0	0
----------------------------	---	---

Den kategorin med högst antal avvikelser är läkemedel där en stor del härrör till att man signerar men inte ser till att det är givet och/eller utebliven dos.

Omvårdnad/tillsyn: de flesta avvikelserna består i att OVP inte svarat på larm, bemötande och utebliven städ. En av dessa utredda enligt Lex Sarah enligt rutin och åtgärder insatta men klassades som måttlig allvarlighetsgrad.

Synpunkter och klagomål, gäller kontaktmannaskapet, upprättande av genomförandeplan i samråd med anhöriga – uteblivna städ. Åtgärder är insatta. Kost och måltidssituation har också synpunkter inkommit om vilket föranlett att maten numer tillagas på St Anna där nöjdheten varit större bland brukarna.

Ansvarig för uppföljning är verksamhetschef. Verksamhetschef ansvarar för återkoppling till rapportören gällande inkommen synpunkt/klagomål. Synpunkter och klagomål hanteras och utreds, analyseras och återkopplas till medarbetarna på enheten, samt till den person som lämnat synpunkten. Återkoppling till rapportör sker via telefonkontakt eller inbokat möte, samt på kvalitetsråd, APT samt verksamhetsträff med berörd avdelning.

Ansvarig för uppföljning av inkommen avvikelse är den profession under vilken avvikelsen infaller.

Vid sammanställning av avvikelser inkomna för verksamhetsåret 2020, framkommer att:

Totalt 187 stycken avvikelser inkom via avvikelssystemet Pro Capita, fördelade på områden enligt nedan:

- ”Fall” hade 43 stycken avvikelser.
- "Allmän omvårdnad" hade 20 stycken avvikelser.
- "Läkemedelshantering" hade 121 stycken avvikelser
- Hjälpmiddel hade 3 stycken avvikelser.
- Dokumentation 0 avvikelser

Jämfört med 2019 har antalet fallavvikelser minskat från 53 till 43 – orsaken kan vara att riskanalyser görs i Senior Alert och att åtgärder sätts in i tid.

Under 2020 har vi arbetat med och informerat om omvårdnadsavvikelser och därför ser vi en markant ökning då personal har fått förståelse för vad en omvårdnadsavvikelse är.

Läkemedelsavvikelserna har ökat från 2019 från 61 till 121 under 2020 och detta ser vi ett sammanhang att man helt enkelt är bättre på att skriva avvikelser.

Att dokumentation är 0 avvikelser stämmer inte med verkligheten då vi endast har cirka 37% uppdaterade genomförandeplaner och stora svårigheter att komma in i procapita pga Citrix och även långsam procedur att få nya/förnya SITHS kort.

Klagomål och synpunkter

Vi följer Ansvar och Omsorgs samt Nyköpings kommuns riktlinjer för klagomålshantering. Information om denna lämnas till anhöriga och boende i samband med att den boende flyttar in. Under 2020 hade vi nio klagomål. Alla klagomål och synpunkter har utretts enligt Ansvar och Omsorgs riktlinjer. Varje utredning resulterade i en åtgärdsplan som tagits fram tillsammans med personal. De klagande har fått återkoppling. Ett klagomål var också från en anhörig som gick direkt till IVO – se paragraf ovan.

Vi uppmuntrade till att lämna synpunkter på verksamheten från boende, närstående och övriga som kom i kontakt med vår verksamhet. Synpunkterna hanterades enligt Rutin för synpunkter och klagomål. Detta görs på A&O färdiga underlag ”Hjälp oss att bli bättre”, denna finns anslagen på tavlan i entrén och på varje avdelning. Denna blankett skickas också med i välkomstmappen våra boende får vid inflytt. Synpunkter kan även lämnas på vår hemsida ansvarochomsorg.se eller muntligt till verksamhetschef. Görs bedömningen att klagomålet är allvarligt tas ärendet vidare till VD, MAS och uppdragsgivare. Vi hade ingen synpunkt/klagomål i förhållande till HSL.

Händelser och vårdskador

Klagomålet som även anmäldes direkt till IVO utreddes men risk för upprepning bedömdes som liten samt att den inte var så allvarlig att den skulle anmälas till IVO utan hanterades av verksamheten. Utredningen utfördes i samarbete med kvalitetsansvarig på A & O

Varje avvikande händelse och eventuell vårdskada tas varje månad upp på kvalitetsråd. Vidare har vi kontinuerlig genomgång av lex Sarah och lex Mariautredningar på APT där verksamhetschef läser upp genomförda utredningar för att väcka diskussion och analysera hur vi kan undvika liknande händelser i våra verksamheter. Dessa väcker alltid eftertanke hos samtliga i verksamheten och ger även en sporre att kvalitetssäkra.

Riskanalys

Under 2020 fokuserade vi på följande risker:

- Smittspridning och basal hygien
- Läkemedelsavvikelser
- Trycksår, undernäring och fall

Även om läkemedelsavvikelser har ökat från 2019 till 2020 ja i princip fördubblats ser vi det ändå som en positiv trend att avvikelser lyfts upp men mer individuell uppföljning av ssk och VC är målet.. Vi vill inte ha 0 vision men självklart att avvikelser ska minska

Vi upplever att vi har arbetat bra med hygienrutiner.

Under 2021 kommer vi fortsätta arbeta med Senior Alert för att tidigt upptäcka risker för trycksår undernäring och fall.

I maj 2020 hade vi en misstanke om lex Sarah, den har utretts enligt företagets rutin. Genom att diskutera händelsen på APT och kvalitetsråd bedöms risken för upprepning av händelsen minimal. Händelsen bedöms att inte ge en konsekvens för vårdragaren. Sannolikheten för upprepning bedöms som liten. Händelsen ledde till omflyttning av OP på avdelningarna för att få en jämnare fördelning av kompetens, mer följsamhet med dagplanering och förtydligande i kontaktmannaskap. Under 2021 kommer värdegrund att bli ett utbildningsmål med bla bemötande som ett tema.

Vi identifierar kontinuerligt olika risker och brister. Vi jobbar med dessa på ett systematiskt sätt dvs vi tittar på bakomliggande orsaker, tar fram en handlingsplan och följer upp utförda åtgärder. På så vis har vi ett ständigt pågående systematiskt kvalitetsarbete som bidrar till en ökad riskmedvetenhet hos både ledning och personal.

Områden inom HSL som riskanalyserats är bland annat fall, trycksår undernäring samt munhälsa. Risker vid förflyttningsmoment, hantering av arbets- och medicintekniska produkter, miljön i boendes egna lägenheter, bedömning av risker för hot och våld hos specifik patient med flera.

Riskbedömningar görs alltid inför större förändringsarbeten i verksamheten, som exempel kan nämnas schemaförändringar, personalomfördelning med mera.

Mål och strategier för kommande år

Övergripande mål	Verksamhetens mål	Aktiviteter
Vi ska stärka värdegrunden i verksamheten	Alla medarbetare ska genomgå värdegrundstrappan Tydliggöra värdegrunden vid introduktion Alla nyanställda ska ha en mentor.	Följa upp att alla har genomgått värdegrundstrappan Stående punkt under introduktion Introduktionschecklista
Central introduktionsutbildning för nyanställda	Att få kunskap om företaget och företagets värdegrund Att få kunskap om kontaktmannaskap	Värdegrundsutbildning & samtal under APT Webb utbildning samt individuella samtal. Tas också upp på APT
Vi ska arbeta aktivt med det systematiska kvalitetsarbetet	Dagplaneringsmallar på samtliga avdelningarna De boende ska vara delaktiga verksamhetens kvalitetsarbete	Möte med dagplanerare Boenderåd & enkäter

	Medarbetarna ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete	Ombudsmöten till exempel kost, aktivitet, palliativt.
Vi ska leva upp till gällande lagstiftningar i HSL SOL och PSL	Vi ska fortsätta att vara aktiva och registrera i aktuella kvalitetsregister Kvalitetssäkra HSL arbete Höja kompetens inom kontaktmannaskap och att arbeta aktivt med genomförandepplaner Trygg och säker hjälpmedelshantering	Temakonferenser & uppföljning på ledningsmöte, utbildning av ombud i senior alert. Palliativt möte, Kvalitetsråd, Temakonferens, Inkontinensmöte, Hygienmöte, Lokalt ledningsmöte, Nattfastemätning, Hygienobservations sammanställning, Kontroll av MTP, Viktkontroll, Infektionsregistrering, Kvalitetsregister, Läkemedelsgenomgång, Läkarkontroll, Narkotikakontroll, Kostmöte, Avvikelsehantering. Utbildning på APT, Teamkonferens & Kvalitetsråd Årlig funktionskontroll av hjälpmedel Utbildning i förflyttning av OP som även genomfördes hösten 2020

Fokus kommer även att ligga på säker läkemedelshantering och dokumentation.

Under året fortsätter vi även med utbildningsinsatser inom olika områden för våra medarbetare. Bland annat planeras utbildningar inom:

- Avvikelsehantering (Öka kunskapen och förståelsen)
- Basal hygienkompetens
- Dokumentation, och vikten av en kvalitativ genomförandeplan.
- Fördjupad förståelse för innebörden av kontaktmannaskapet
- Värdegrundsbildning och reflektion om värdegrund som tex bemötande med värdegrundskort

Nyanställd personal kommer utbildas i bland annat kontaktmannaskap, A&O:s värdegrund, förflyttningsteknik och basal omvårdnad för att kunna arbeta tryggt och med säkerhet i fokus.

Vi fortsätter under året att aktivt efterfråga förbättringsförslag från boende och anhöriga samt från externa aktörer. Syftet är att öka delaktigheten samt fortsätta att utveckla och förbättra våra processer.

Ett övergripande mål för A&O Nyköping, är att vi ska jobba lika kring HSL-frågor. Vi har en stabil sjuksköterskegrupp och fokus kommer att ligga på att fortsätta fördjupa samarbetet och ha tydliga gemensamma rutiner.

