

---

Landstingets/regionens eller  
kommunens logotyp

# Patientsäkerhetsberättelse Riggargatans äldreboende

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

---

**Verksamhetschef James Kelly 2019-02-28**

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017*

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE RIGGARGATANS ÄLDREBOENDE .....</b>	<b>1</b>
Verksamhetschef James Kelly 2019-02-28 .....	1
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet .....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll.....	7
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>8</b>
Riskanalys .....	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	10
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>11</b>
Avvikelse .....	11
Klagomål och synpunkter.....	11
Händelser och vårdskador .....	12
Riskanalys .....	12
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>12</b>

---

## 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.

Då Riggargatan haft omsättning på både chef samt sjuksköterskor under 2018, har ett av målen varit att säkerställa kvaliteten i verksamheten samt en hög nivå av patientsäkerhetstänk. Dock har vi på grund av detta fått flytta några av målen för 2018, till detta år, däribland implementering av Senior Alert samt ökade kunskaper kring BPSD.

- Vi har under hösten blivit nominerade till *Guldtanden 2018* av Oral Care, där nomineringen lyder ”Riggargatans äldreboende har en mycket trevlig personal och engagemang för munhälsa!”
- Vidare så är det positivt att omvårdnadspersonalen läser journal och snabbt utför ordinationer från sjuksköterska/doktor.
- Riggargatan fick höga siffror på Socialstyrelsens brukarundersökning 2018, där bland annat möjligheter till aktiviteter samt bemötande från personal låg över 90% (i nöjdhet från boende).

### Mål för kommande år:

- Skapa en tydlig struktur för Ansvar och omsorgs tre verksamheter i Nyköpings kommun. Under våren kommer vi att vara helt fulltaliga i sjuksköterskegruppen, och kommer då att skapa ett lika-tänk på våra tre boenden.
- Implementera Senior Alert, samt utbilda personal i BPSD.
- Höja kunskapen och förståelsen kring avvikelshantering
- Höja kunskaperna kring den basala hygienrutinen
- Sänka antalet vårdrelaterade infektioner, och skapa en systematik kring rapportering av dessa till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

---

## 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 2018 har innefattat:

- Hygienutbildning samt hygienrond med hygiensköterska från smittskydds-enheten.
- Haft regelbundna läkemedelsgenomgångar.
- Erbjudna välkomstsamtal för alla nyinflyttade till Riggargatan (strukturen och kvaliteten i dessa samtal kommer att utvecklas under 2019).

### Organisation och ansvar

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

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).

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.

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 sjuk-

---

sköterska ansvarar även för att delegera och följa upp delegering enligt fastställd rutin.

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 utlärdade 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.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Rutiner finns i verksamheten gällande informationsöverföring vid:

- Inflyttning
- Vård eller behandling hos annan vårdgivare
- Akuttransport till sjukhus
- Läkemedelsgenomgång

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

Riggargatans äldreboende har via Ekensbergs vårdcentral en egen tilldelad läkare som besöker boendet en gång per vecka (rond) och är tillgänglig för telefonrådgivning övriga dagar. Verksamheten har skriftliga rutiner för hur kontakt med läkare skall tas.

Avvikelser 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 läkare och tandläkare. Vi frågar de boende efter samtycke för användande av skydds- och begränsningsåtgärder. 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 och vid läkemedelsförändringar. Boende och närstående erbjuds samtal med läkare om så önskas. Detsamma gäller deltagande vid vårdplaneringar för att möjliggöra en god samverkan och delaktighet i vården och omsorgen. Den boende och/eller närstående informeras också om när en avvikelse skett och erbjuds att ta del av resultatet.

Vi erbjuder två anhörigträffar under året, där den anhörige ges möjlighet att komma med synpunkter. Vi lyssnar även in önskemål och om möjligt anpassa träffen därefter. Förra året genomfördes en utbildning med anhörigfokus, på ett av tillfällena.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

### **Avvikelser**

Samtliga avvikelser registrerades och dokumenterades. Avvikelserna hanterades enligt rutin för Avvikelsehantering. Samtliga medarbetare känner till avvikelserutinen och vet hur en avvikelse registreras och varför. Alla avvikelser registreras och bearbetas i journalsystemet Procapita. 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.

Avvikelserna avslutas i procapita efter att samtliga inblandade dokumenterat åtgärder och eventuella rutiner.

## **Klagomål och synpunkter**

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

Vi uppmanade 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](http://ansvarochomsorg.se) eller muntligt till verksamhetschef. Gör bedömningen att klagomålet är allvarligt tas ärendet vidare till VD, MAS och uppdragsgivare.

Under 2018 har ett klagomål inkommit, detta har åtgärdats. Vi har även haft en Lex Sarah gällande bemötande, denna är avslutad och återkopplad.

## **Egenkontroll**

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

### **Avvikelse rapportering**

Alla händelser som lett till vårdskada eller kunnat leda till vårdskada avvikelse rapporteras i Pro Capita.

Alla inträffade avvikelser behandlas inledningsvis av HSL-karaktär på respektive avdelning med ansvarig sjuksköterska eller den legitimerade personal som är mest lämpad utifrån profession och därefter övergripande på APT. Alla avvikelser av omvårdnadskaraktär går igenom tillsammans på Team-möten på respektive avdelning, där SSK, Rehab och omvårdnadspersonal är med och diskuterar och arbetar fram en lösning.

Avvikelsehantering 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. Arbetet med att förebygga fall, trycksår och undernäring utgår från att alla medarbetare ska ha en relevant kunskap om, och vara uppmärksam på dessa risker för alla individuella boende.

### **Journalgranskning**

Journalgranskning samt loggningskontroll sker löpande en gång månaden av ca 10 %. 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 förflyttningsbedömning dokumenterad i verksamhetssystemet Pro Capita.

### **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**

Mätning av genomförda riskbedömningar för trycksår, fall, munhälsa och undernäring sker vid inflytt och därefter 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.

### **Hälsokonferens**

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

Detta sker vid inflyttning, hälsokonferenser samt vid förändringar av hälsotillstånd.

### **Kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering**

Årliga kvalitetsgranskningar av Riggargatans läkemedelshantering utförs av våra legitimerade sjuksköterskor tillsammans med farmaceut. Läkemedelshantering inkluderar ordination, förvaring och kassation samt delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Narkotikakontroll i initialförråd- och akutförråd sker en gång månaden av minst två legitimerad personal tillsammans. Vid avvikelser kontaktas MAS.

Läkemedelsgranskning gjordes under hösten 2018.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Hygienrund har hållits med hygiensköterska från landstingets smittskyddsavdelning.

Anhörigas synpunkter och delaktighet i vården är viktig för oss på Riggargatan. Under året har återkommande anhörigträffar utförts där anhörigas synpunkter och reflektioner på vården beaktats.

### **Risk för malnutrition:**

Regelbunden viktkurva följs, minst fyra gånger per år tas vikten, oftare vid behov. Kosten anpassas och ordineras i samråd med sjuksköterska och läkare. Vid behov ordineras energi och proteinberikad kost samt näringsdrycker. Omvårdnadsplan i procapita upprättas.

### **Fallrisk:**

Varje boende följs regelbundet av arbetsterapeut och fysioterapeut för hjälpmedelsförskrivningar. Vårdplan upprättas av sjuksköterska eller pa-



---

ramedicinsk personal. Möjliga riskmoment för fall avlägsnas och rummen ses över regelbundet.

### **Risk för trycksår:**

Daglig tillsyn av hudstatus görs av omvårdnadspersonal i samråd med sjuksköterska för att på tidigt stadium upptäcka risker och åtgärda. Sjuksköterska dokumenterar förändringar i procapita, denna bedömning ligger sedan till grund för arbetsterapeutens och fysioterapeutens bedömning av insatser/hjälpmedelsförskrivning. 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 är upprättad för samtliga MTP. Service och besiktning utförs i enlighet med tillverkarnas riktlinjer. Avtal för service och besiktning finns. Bruksanvisningar för MTP finns i en pärm på varje avdelning, lättillgängligt för omvårdnadspersonal och brukare.

### **Intern kvalitetsrevision**

A&O Ansvar och Omsorg AB följer upp patientsäkerhetsarbetet på Riggargatans äldreboende via månatlig rapportering och årlig internrevision. 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.

### **Riskanalys**

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

Riskanalys 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.

### **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 två Lex Sarah-utredningar på Riggargatan, en gällande försvunna pengar, samt en gällande bemötande. Båda fallen av misstanke om missförhållande utreddes enligt gällande rutiner.

## **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. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (t ex förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar patienten om patienten har lämnat sitt medgivande. Det gäller som regel också om någon annan myndighet vill ha uppgifter om patienten. Därför ska samtycke inhämtas om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare. Handlingar som faxas eller skannas ska alltid vara kodade. Personuppgifter klipps bort, tejpas över eller stryks över med svart.

- 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 överföring av journalhandling
- 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.

Journalgranskning görs på uppdrag av Division Social Omsorg.

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

### Avvikelser.

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 2018, framkommer att:

Totalt 146 stycken avvikelser inkom via avvikelssystemet Pro Capita, fördelade på områden enligt nedan:

- "Fall" hade 78 stycken avvikelser.
- "Allmän omvårdnad" hade 6 stycken avvikelser.
- "Läkemedelshantering" hade 61 stycken avvikelser
- "Rehab/omvårdnad" hade 1 stycken avvikelser.

Fall är den största posten av avvikelserna. De flesta fall berodde på egen aktivitet hos den boende. Ett tvärprofessionellt fallförebyggande arbete har kontinuerlig skett under året med syfte att minimera antalet fall samt skador vid eventuella fall. Skyddsåtgärder har även genomförts efter samtycke från den boende.

Jämfört med 2017 har antalet fallavvikelser minskat från 95 till 78. Dock har medicinavvikelserna ökat något 52 (2017) till 61 stycken 2018.

### Klagomål och synpunkter

Vi uppmanade 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](http://ansvarochomsorg.se) eller muntligt till verksamhetschef. Görs bedömningen att klagomålet är allvarligt tas ärendet vidare till VD, MAS och uppdragsgivare. Under

---

2018 har ett klagomål inkommit, detta har åtgärdats. Vi har även haft en Lex Sarah för försvunna pengar, denna är avslutad och återkopplad, samt en Lex Sarah gällande bemötande, och det ärendet i stort sett klart (mars 2019).

## Händelser och vårdskador

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 kvalitets säkra.

## Risikanalyis

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 riskanalyseras 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

Vi fortsätter under 2019 med att utveckla och vidareutbilda fler medarbetare i användandet av kvalitetsregister såsom Senior Alert, och BPSD. Fortsatt fokus kommer även ligga på en trygg 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.

---

Nyanställd personal kommer utbildas i bland annat kontaktmanskap, 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 helt ny sjuksköterskegrupp som blir komplett under våren 2019, och fokus kommer att ligga på skapandet av ett bra samarbete och tydliga gemensamma rutiner.