

# Patientsäkerhetsberättelse 2024

---

Åsengården

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD</b> .....	<b>7</b>
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning .....	7
3.2 Övergripande mål och strategier.....	8
3.3 Organisation och ansvar .....	9
3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
3.5 Informationssäkerhet .....	10
3.6 En god säkerhetskultur .....	10
3.7 Adekvat kunskap och kompetens .....	11
3.8 Patienten som medskapare.....	12
<b>4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD</b> .....	<b>14</b>
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	14
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer .....	15
4.3 Säker vård här och nu .....	16
4.3.1 <i>Riskhantering</i> .....	17
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling.....	17
4.4.1 <i>Avvikelse</i> .....	19
4.4.2 <i>Klagomål och synpunkter</i> .....	20
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	20
<b>5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR</b> .....	<b>22</b>

# 1 Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

## 2 Sammanfattning

Åsengården är ett litet demensboende med 29 platser som drivs av Humana Omsorg AB sedan januari 2018.

I september 2023 bytte Åsengården verksamhetschef. Nyttillträdd verksamhetschef Nina Folbäck var tidigare sjuksköterska i verksamheten.

Åsengården har fortsatt arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg genom strukturerat teamarbete där registreringar och bedömningar görs i multiprofessionella team. På Åsengården blev samtliga boende med samtycke registrerade i Senior alert under 2024. Nya riskbedömningar görs var sjätte månad och uppföljning av dessa sker var tredje månad.

I verksamheten finns en certifierad utbildare i BPSD; verksamhetschef Nina Folbäck. Det finns även ett flertal BPSD-administratörer i verksamheten; både bland sjuksköterskor och undersköterskor. BPSD-registreringar görs fortlöpande på teammöten; vid inflytt och därefter vid behov men minst en gång per år. Dessa registreringar görs i teamet, främst på de teammöten som ligger månatligen.

Ett led i den personcentrerade vården har varit att fortsätta arbeta enligt Silviahemmets vårdfilosofi. Åsengården är Silviahemscertifierande, det har under 2024 utbildats fler undersköterskor och två sjuksköterskor i steg 1 i Silviahemmets vårdfilosofi. Månatligen sker Silviarefleksion på schemat som en utbildad reflektionsledare håller i.

Boende erbjuds en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist vid inflytt. SSK gör ROAG utifrån boendes munhälsa och vidtar eventuella åtgärder.

Alla dödsfall registreras i Palliativa registret. Resultat från Svenska Palliativregistret ligger sedan som underlag för vidare förbättringsarbete.

All hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i kommunens journalsystem Vodok. Fall och läkemedelsavvikelse rapporteras i Humanas avvikelssystem.

Läkarsamverkan sker sedan årsskiftet 2022/2023 med Familjeläkarna. Utlagd läkarmottagning sker 1 gång/vecka på Åsengården. Utöver detta finns telefontid med patientansvarig läkare dagtid och på jourtid kontaktas ansvarig bakjour från Familjeläkarna.

### **Vi har under 2024:**

- Utbildat nyanställda medarbetare i Silviahemmets vårdfilosofi
- Haft reflektionsmöten i enlighet med Silviahemmets vårdfilosofi
- Haft kvalitetsgranskning från Apoteket av läkemedelshanteringen
- Nyanställd medarbetare har genomgått BPSD-administratörsutbildning
- Haft verksamhetsgranskning och avtalsuppföljning av Stockholm stad
- Ssk:or har varit på Demensdagarna i Göteborg
- Ssk:or, arbetsterapeut och flera undersköterskor har varit på konferensen Äldreomsorgsdagarna
- Ssk har genomgått utbildning 7,5 poäng Handledning av studenter; Marie Cederschiölds högskola
- Hörsel och syn-utbildning för all personal
- Fysioterapeut har fortsatt sin Masterutbildning på Karolinska institutet
- Utbildat fler palliativa ombud

- Haft fysisk och teoretisk brandutbildning för medarbetare
- Haft genomgång av delegeringsprocessen
- Uppdaterat den lokala läkemedelsrutinen
- Fortsatt arbetet med högpresterande team; kommunikation, bemötande och feedback. Vi har även arbetat med Psykologisk trygghet; dessa teman har varit återkommande på årets APT:n och på planeringsdagar.
- Genomgående under året har vi arbetat med vad Silviacertifieringen innebär när det kommer till Personcentrerad vård; detta genom att det som återkommande teman på omvårdnadsmöten och på APT:n.
- Skapat lokala rutiner för hur personalen ska agera i arbetet med läkemedelsavvikelser

### **Verksamhetens mål framåt för 2025 är:**

- Fortsätta arbetet i enighet med Silviahemmets vårdfilosofi
- Utbilda hsl-personal i Steg 2 i Silviahemmets vårdfilosofi
- Fortsätta med reflektionsmöten i enlighet med Silviahemmets vårdfilosofi
- Fortsätta arbetet med certifiering av kontaktmannaskapet för omsorgspersonal
- Ny legitimerad personal ska få utbildning i Risk- och händelseanalys
- Fortsätta arbetet med högpresterande team; kommunikation, bemötande och feedback. Även fortsätta arbetet med Psykologisk trygghet. Detta både på årets APT:n och på planeringsdagar
- Sårutbildningskonferens i Malmö under våren för sjuksköterskor
- Fortsätta arbetet med att stötta och utveckla omsorgspersonalens dokumentation-detta genom att som ett första steg utveckla en lathund för användbara frastexter att använda i dokumentationen
- Fortsätta arbetet med Fokusmånader- vårt interna lärandesystem, vilket innebär att HSL-personal varje månad undervisar personalen i ett bestämt tema. De teman som är återkommande är ex; kost, palliativ vård, dokumentation, delegering, förflyttning och smittförebyggande åtgärder
- Vi planerar en utökning av personalens kompetens genom utbildningsinsatser inom patientsäkra förflyttningar under våren. Denna insats ska även omfatta timanställd personal.
- Fortsätta utveckla arbetet i Palliativ vård. De palliativa ombud som utbildades under hösten 2024 ska tillsammans med tidigare ombud på ett systematiskt sätt vidareutveckla det palliativa arbetet på enheten
- Fortsätta arbeta med vår värdegrund, utbilda fler värdegrundsledare
- Utbilda samtlig personal i hjärt- och lungräddning

### 3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

#### 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer..



Organisationen innehåller nedanstående funktioner:

Regionchef

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Verksamhetschef

Gruppledare

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska; 2 st

Arbets terapeut

Fysioterapeut

#### **Schema**

Arbets terapeut och Fysioterapeut har lagt sitt schema så att alltid någon av dem är på plats vardagar. SSK är på plats vardagar och någon av sköterskorna är alltid på plats mellan 07:30- 16:15. Någon slutar alltid 16:15 för att kunna lämna över rapport till jourorganisationen Klara T.

Åsengården har ett kvalitetsombud på varje avdelning samt en representant från natten. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, hålla arbetspärmar uppdaterade, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, gruppledare, en ssk, fysioterapeut samt kvalitetsombud. Kvalitetsråd hålls en gång i månaden. Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser
- Risker
- Synpunkter och klagomål
- Skyddsåtgärder

- Egenkontroll
- Internkontroll
- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar
- Humana Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

Verksamhetschef leder kvalitetsrådet och säkerställer att den agenda följs som innehåller ovanstående delar. Viktig information som rör patientsäkerheten tar verksamhetschef även vidare till APT för vidare lärande för samtlig personal. Vid allvarigare HSL-avvikelser blir även verksamhetschef involverad.

Verksamhetschef sitter i samverkansmöten på regelbunden basis med journalsjuksköterskeföretaget Klara T som vi samarbetar med. Verksamhetschef har även regelbundna samverkansmöten med vår läkarorganisation Familjeläkarna.

Sjuksköterskor har arbetsledande funktion när det kommer till att leda omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut har ledande funktioner när det kommer till att utreda de HSL-avvikelser som inrapporteras.

### **3.2 Övergripande mål och strategier**

Humanas övergripande kvalitetsmål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård.

För att öka patientsäkerheten och nå det övergripande målet har Humana ett pågående arbete med att:

- minska antalet vårdskador
- utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet
- genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering
- uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso- och sjukvård
- säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §*

Teamarbete är viktigt på Åsengården och riskbedömningar görs i team där alla yrkesroller finns representerade i syfte att säkerställa bästa möjliga kvalitet för boende och verksamheten. Utöver detta arbete säkerställs en god och säker vård genom en stabil och kontinuerlig kontakt mellan SOL-personal och HSL-personal. Varje morgon går samtlig HSL-personal runt på en avstämning och rapport med SOL-personal på samtliga avdelningar. Varje vecka sker även ett omvårdnadsmöte per plan där HSL- och SOL-personal går igenom samtliga boenden i syfte att snabbt identifiera avvikelser eller förändringar i de boendes mående. Genom att ha täta avstämningar kring de boendes hälsotillstånd identifieras eventuella tidiga tecken på början till vårdskador och kan förhindras att utvecklas till allvarigare skador. Patientsäkerheten är även ett genomgående tema på de måntaliga APT-mötena och kvalitetsråden då HSL-avvikelser går igenom och en diskussion förs kring vilka lärdomar vi tar med oss framåt.

Genom våra omvårdnads- och teammöten utbildas omvårdnadspersonal av HSL-personal i i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet. Detta är ett ständigt pågående arbete. Vi har även fokusmånader där omsorgspersonal utbildas av HSL-



personal under teman såsom delegering, trycksår, fallprevention och palliation.

Verksamhetschef har det yttersta ansvaret att se till att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheten, detta görs genom att följa Humanas årshjul där samtliga egenkontroller finns fördelade över året.

Riktlinjer inom hälso- och sjukvård uppdateras och förtydligas efter behov; här samarbetar HSL-personal och verksamhetschef.

På varje APT har vi som en stående punkt systematiskt förbättringsarbete. Här går VC igenom rutiner som behöver påminnas om eller nytillkomna sådana. Här lyfts även punkter inom ämnet som behöver informeras om, såsom exempelvis larmhantering, riskanalyser, dokumentation och den dagliga planeringen. Det kan även röra sig om att vi under denna punkt arbetar mer ingående med ett tema, exempelvis arbetade vi i november med vad som gäller vid Skydds- och begränsningsåtgärder. Detta med anledning av inrapporterad avvikelser i ämnet.

Läkemedelshanteringen granskas en gång per år då en kvalitetsgranskning görs av Apoteket. Denna gjordes i oktober 2024. I samband med detta uppdaterades och reviderades vår lokala rutin kring läkemedelshanteringen.

### **3.3 Organisation och ansvar**

Humanas organisation och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Humanas årsredovisning.

[www.humana.se](http://www.humana.se)

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

### **3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Samverkan mellan patientansvarig läkare från Familjeläkarna och sjuksköterskor på Åsengården är mycket god. En god patientkännedom och kontinuitet i läkarkontakten är ett viktigt delmoment för en ökad patientsäkerhet samt boendes/anhörigas upplevelse av god vård och omsorg.

Underlag för kontakt med läkare är tydligt beskriven i samverkansavtalet med Familjeläkarna. Utlagd läkarmottagning är tid då patientansvarig läkare kommer till boendet. Detta sker en gång per vecka på onsdag förmiddag. Patientansvarig sjuksköterska planerar vad som skall diskuteras och detta dokumenteras i kommunens dokumentationssystem Vodok.

Patientansvarig läkare kan nås måndag-fredag kl. 08 - 16. Övrig tid, exempelvis kvällar, nätter och helger nås läkare via Familjeläkarnas bakjour.

En situation kan uppstå när en boende behöver skickas in akut eller för planerad inläggning till sjukhus. Ambulanspersonal erhåller då transportjournal med anhörigkontakt och remiss, aktuell status och aktuell läkemedelslista.

Multiprofessionella teammöten sker en gång per månad avdelningsvis där Senior Alert och BPSD följs upp. På varje avdelning finns BPSD-administratörer.

Sjuksköterska är på plats 07:30-16:15, övrig tid finns jourorganisationen Klara T tillgängliga. Samarbetet flyter på väl och samverkansmöten hålls fortlöpande.

Multiprofessionella omvårdnadsmöten sker en gång per vecka på varje avdelning där samtliga boendes status följs upp. Multiprofessionella teammöten sker en gång per månad där Senior alert och BPSD följs upp. Det multiprofessionella teamet består av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterska. En ssk och flera undersköterskor per plan är utbildade BPSD-administratörer.

Tandvård utförs i samverkan med Oral Care.

Medicinsk fotvård utförs på remiss från läkare i samverkan med Gabriellas Fotvård.

### **3.5 Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inom Humana bland annat inriktats på att fortsätta sprida kunskap och förståelse i organisationen för en säker hantering av känsliga personuppgifter inom både kärnprocessen vård och omsorg samt alla stödprocesser. Utbildningen Integritet och dataskydd – GDPR för chefer är framtagen och ska genomföras av alla chefer. Projekt för att byta ut äldre system har påbörjats och ett nytt avvikelssystem för hela koncernen kommer att införas. Tidigare inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas journalsystem har två-steps inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelssystem kan vi nu hantera avvikelser på ett gemensamt sätt och jämföra statistik och därmed minska risken att samma avvikelser upprepas. Patientinformation kan nu skickas elektroniskt i krypterad form vilket innebär enklare och snabbare hantering av informationen.

### **3.6 En god säkerhetskultur**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Humana har ett koncernövergripande ledningssystem som finns tillgängligt för alla verksamheter. I ledningssystemet finns de styrdokument som verksamheten ska följa.



Humana ledningssystem PARUS finns tillgängligt för alla verksamheter. I ledningssystemet finns de styrdokument som verksamheten ska följa. Samtlig personal rapporterar hälso- och sjukvårdsavvikelser i Humanas avvikelssystem. Aktuell avvikelse ID-journalförs i journalsystemet Vodook. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS/MAR in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultatet av händelseanalysen blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i Humanas kvalitetsledningssystem PARUS.

Handlingsplaner upprättas när risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov

rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Kvalitetsråd hålls en gång i månaden med representant från varje avdelning, en ssk, arbetsterapeut/fysioterapeut och verksamhetschef. På mötet tas föregående månads avvikelser upp och diskuteras för framtida lärande.

Under 2024 har vi inte haft några allvarliga händelser/ vårdskador.

Multiprofessionella möten hålls en gång i månaden avdelningsvis där alla professioner möts och gör riskbedömningar och registreringar i aktuella register. I samband med det uppdateras vårdplaner och genomförandeplaner går igenom för eventuell revidering.

De nationella register vi på Åsengården registrerar i är:

- Senior alert
- BSPD
- Svenska Palliativregistret

På teammöten riskbedöms den boende i Senior alert. I Svenska Palliativregistret registreras och används resultatet i förbättringsarbete. I BSPD-registret registreras samtliga boende efter samtycke av BSPD-administratörer i syfte att tillgodose en god personcentrerad demensvård.

### **3.7 Adevkat kunskap och kompetens**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



På Åsengården arbetar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, fysioterapeut, och arbetsterapeut i team.

På Åsengården har vi en god bemanning dygnet runt av omvårdnadspersonal.

Överrapporteringstid finns inplanerad i schemat och schemat ser likadant ut på alla avledningar. Det finns tid för möten och överrapportering mellan varje pass.

2 st sjuksköterskor finns på plats måndag- fredag 07:30- 16:15 0,75 st arbetsterapeut finns på plats måndag- fredag 0,75 st sjukgymnast finns på plats måndag- fredag.

På Åsengården är samtliga fast anställda i omvårdnadspersonalen undersköterskor förutom två stycken vårdbiträden.

VC har under 2024 gått utbildning/kurs i:

- Heldagsutbildning Smittförebyggande arbete; Vårdhygien Stockholm.
- Påbörjat MI-utbildning för chefer och ledare, Intern utbildning Humana.
- Ledarskapsutbildning, Edvida kompetens. En heldag.

**Sjuksköterskor har under 2024 gått utbildning/kurs i:**

- Fysisk och teoretisk brandutbildning. Securitas. En em på plats.
- Handledarutbildning 7,5 poäng, Marie Cederschiölds högskola.
- Demensdagarna, Svenska nätverket för demenskunskap. 2 dagars konferens Göteborg.
- Utbildning Vårdhygieniskt arbete, en heldag. Janusinfo Region Sthlm.
- Risk- och händelseanalysutbildning inom Humana. 2 st heldagar.
- PKC-dagen; heldag. Region Stockholm.
- Sårbehandling palliativ vård, Karolinska institutet. En halvdag.
- Äldreomsorgsdagarna ihop med omsorgspersonal. Konferens; två heldagar. Gothia kompetens.
- BPSD-administratörsutbildning. 2,5 dag. Intern utbildning med certifierad utbildare.

### **Arbetsterapeut och fysioterapeut har under 2024 gått utbildning i:**

- Fysioterapeut har fortsatt sin två-åriga masterutbildning på KI i "Masters' courses in dementia care for physiotherapists and occupational therapists, 60 poäng. Start nov-23
- Fysisk och teoretisk brandutbildning. Securitas. En em på plats.
- Säkert sittande, Invacare. En heldag.

### **Omvårdnadspersonal har under 2024 gått utbildning i:**

- Fysisk och teoretisk brandutbildning. Securitas. En em på plats.
- Munvårdsutbildning för all personal av Oral care. En em på plats.
- PKC-dag för palliativa ombud. Region Stockholm.
- Utbildat fler medarbetare i Silviahemmets vårdfilosofi; 3 st heldagar.
- Syn- och Hörselutbildning, en em på plats. Stockholm stad.
- Äldreomsorgsdagarna, fyra stycken omsorgspersonal. Konferens två heldagar. Gothia kompetens.

Vi har under året haft fortlöpande lärande och reflektion genom våra Silviareflektioner som hålls av en utbildad reflektionsledare en gång per månad. Vi har även handledning för all personal, vilken bedrivs av en extern utbildad handledare.

## **3.8 Patienten som medskapare**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*



Anhöriga informeras fortlöpande om den boendes hälsotillstånd. När en ny boende

flyttar in tillfrågas alltid anhörig vem som skall kontaktas i första hand vid förändringar i hälsotillståndet och om kontakt önskas dygnet runt. Detta dokumenteras i den boendes journal.

På Åsengården uppmuntras närstående till delaktighet i den boendes vård. Närstående och boende uppmuntras att skriva en levnadsberättelse. Vi arbetar med personcentrerad vård vilket innebär att vi har den enskilda individen i fokus och att vården utgår från den boendes egna berättelse, förutsättningar och resurser och där hänsyn tas till den boendes hinder. Det innebär även att vården genomsyras av värdighet, ömsesidighet och vilja. Detta innebär att vi både har den boende och den närstående i fokus.

Vid inflyttning upprättas en genomförandeplan inom två veckors tid. Inom en månad erbjuds vårdplanering där kontaktperson, närstående, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut deltar.

Kontaktpersonen ansvarar för kontakten med närstående och kommer tillsammans med dem överens om hur den ska se ut. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att fortlöpande informera om den boendes hälsostatus.

Närstående och boende bjuds in att vara delaktiga i planeringen av aktiviteter och kost. Under 2024 har Åsengården fortsatt det redan påbörjade arbetet med Instagram där vi visar upp vardagen hos oss, delar matsedlar och kommande och genomförda aktiviteter. Anhörigråd och närståendemöten har hållits under året och närståendebrev skickas ut på regelbunden basis.

## 4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §*

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



Flest avvikelser har under det gångna året rört sig om fallolyckor. Kontinuerligt fallpreventivt arbete utförs på våra veckovisa multiprofessionella teamarbeten på omvårdnadsmöten och i Senior alert. Arbetet fortsätter även på kvalitetsråd och APT, där repetition och information kring fallprevention görs. Vi har även här arbetat med vikten av den personcentrerade vården, där vissa boenden som relaterat till stor fallrisk är i behov av mer tillsyn måste få det trots att det tar längre tid i anspråk.

Fortsatt arbete har utförts kring vikten av att förflyttningsordinationer följs av samtlig personal, med allt vad det innebär från korrekt hjälpmedel till antal medarbetare som är ordinerade vid förflyttning. Vikten av detta har belysts på omvårdnadsmöten, kvalitetsråd och APT.

Fortsatt arbete har även skett kring rutinerna vid läkemedelsadministration; vikten av att stämma av vid dagplaneringen och vid rapporter hur arbetsfördelningen ser ut och vem som ska göra vad och säkerställa att alla mediciner är givna. Ett nytt dagplaneringsblad har under året tagits fram i syfte att underlätta planeringen och öka patientsäkerheten.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har utförts under 2024 med gott resultat. Förbättringsförslag med åtgärder finns beskrivna i separat handlingsplan. Våra styrkor var en god struktur och ordning i läkemedelsskåpen ute hos de boende, tydliga signeringslistor och inget narkotikasvinn. Ett förbättringsområde blev att tydliggöra spårbarheten kring stående originalförpackningar.

### 4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §*

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts.

Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

#### Har vården varit säker



Under 2024 har Åsengården inte haft några allvarliga vårdskador.

Riskbedömningar och handlingsplaner görs tillsammans i teamet och alla avvikelser som kommer upp tas upp på kvalitetsrådet, avvikelser som behöver lyftas för lärande aspekt tas upp på APT och specifika avvikelser gällande en avdelning tas upp på omvårdnadsmöten.

- Ledningen går igenom verksamheten regelbundet utifrån egenkontroller och årshjulet i PARUS.

- Avvikelser rapporteras enligt rutin i Humanas avvikelssystem.

- Strukturerade möten där avvikelser analyseras på kvalitetsråd och på APT-möten. Samtliga möten sker en gång per månad.

- I samverkan med andra vårdgivare/kollegor identifieras risker i verksamheten.

- I samråd med boende och närstående identifieras risker i verksamheten, dessa tas upp på kvalitetsmöten och på APT-möten.

Vi bedömer att de boende under det gångna året har fått en mycket säker vård.

## **4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer**

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

### **Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system**



Vi följer systematiskt upp och utvärderar kvaliteten inom verksamheten med egenkontroller. Syftet med egenkontroller är att de ger en granskning av verksamheten; om den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.

På Åsengården rapporterar alla medarbetare i Humanas avvikelssystem Gurufield. HSL-personal registrerar och är även utredare av fall- och läkemedelsavvikelser. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS/MAR in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultatet av händelseanalysen blir avgörande för om det ska ske en anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Dessa analyseras fortlöpande av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd



personal, närstående eller myndighet.

Signeringslistor för läkemedel kontrolleras efter varje månadsslut av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Avsaknad av signering eller annat som avviker dokumenteras och rapporteras.

Läkemedelsgenomgångar sker minst en gång per år per boende. Då går omvårdnadsansvarig sjuksköterska ihop med PAL igenom den enskilde boendes blodprovsvär, vitalparametrar och aktuell medicinlista. Inför detta har sjuksköterska ihop med kontaktperson gått igenom skattningsskalan Phase Proxy utifrån den boendes mående. Den skalan belyser läkemedelsrelaterade besvär hos personer med demenssjukdom. Den utgör därefter även en del av läkemedelsgenomgången.

All nyanställd personal måste genomgå utbildning i Basala hygienrutiner innan påbörjat första arbetspasset.

### **4.3 Säker vård här och nu**

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

#### **Är vården säker idag**



Nyinflyttad boende riskskattas inom 14 dagar enligt MNA, DFRI och Norton. De erbjuds årligen en kostnadsfri munhalsbedömning av landstinget av tandhygienist samt vid inflytt. SSK gör även ROAG utifrån boendes munhälsa och vidtar eventuella åtgärder.

Vi använder oss av de fyra bedömningsinstrumenten i kommunens journalsystem Vodok och i kvalitetsregistret Senior alert.; Fall- Trycksår- Nutrition- ROAG samt Nikola Inkontinensbedömning.

Alla boende genomgår varje år en hälsobedömning och läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Detta görs för att följa upp allmäntillstånd och stämma av den aktuella medicinlistan och ta ställning till om några läkemedel behöver sättas ut eller dosändras. Kontroller av vitala parametrar görs också. Provtagningar ordinerar och följs upp. Vikt tas minst var tredje månad eller oftare om behov föreligger.

Influensavaccin erbjuds alla boende årligen som en preventiv åtgärd. Detta med anledning av att personer över 65 år har ökad risk för komplikationer i samband med influensa. Vaccineringen utförs av sjuksköterska. Detta får ges enligt direktiv och vid osäkerhet konsulteras patientansvarig läkare. Covid-vaccin erbjuds boende enligt rekommendation från Folkhälsomyndigheten och enligt ordination från patientansvarig läkare.

Kunskapsnivån hos personalen kring avvikelserapportering är mycket stor. Personal i ledande funktioner; HSL och Verksamhetschef, påtalar ständigt vikten av att avvikelser



skrivs när något avvikande sker. Vikten av att rapportera avvikelser är ett frekvent tema på APT. VC påtalar på regelbunden basis att det är en obligatorisk arbetsuppgift att rapportera avvikelser.

I introduktionen ingår det för samtlig personal en genomgång av avvikelssystemet och vikten av att avvikelser rapporteras in.

### **4.3.1 Riskhantering**

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskanalyser har gjorts under 2024 gällande:

- Bemanning av personal sommar och storhelger
- Införandet av nytt larmsystem under våren 2024
- Implementering av nytt mekaniskt draglakan Turnaid
- Införandet av schema med 11-timmars dygnsvila

Risk- och händelseanalyser görs fortlöpande i tvärprofessionella arbetsgrupper där det kan finnas risk för att händelse kan inträffa som kan medföra risk eller inför anpassningar som ska göras. Nyinflyttade boende riskbedöms inom 14 dagar enligt MNA, DFRI, Norton, ROAG och Nikola. De erbjuds en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget årligen och vid inflyttning. Tandhygienist gör hembesök och utför detta.

Samtliga boende genomgår varje år en hälsobedömning och en läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Inför denna bedömning har blodprover ordinerats och tagits, skattningsskalan Phase proxy har fyllts i av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson samt vitalparametrar har tagits. Syftet med denna genomgång är att följa upp allmäntillståndet och välbefinnandet för den boende och se om det finns möjlighet att sätta ut några läkemedel eller om några nya behöver sättas in. Vidare sätts vid behov läkemedel ut som den boende inte verkar vara i behov av längre. Eventuella nya provtagningar ordinerar.

Som en preventiv åtgärd erbjuds samtliga boende årligen influensavaccin. Detta med anledning av att personer över 65 år har en ökad risk för komplikationer i samband med influensa. Påfyllnadsdos av Covid 19-vaccin har erbjudits alla boende under det gångna året.

## **4.4 Stärka analys, lärande och utveckling**

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

**I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information**



Vi gör ny riskbedömning på samtliga boende i Senior alert var sjätte månad och uppföljning av dessa sker var tredje månad. Detta ligger till grund för ställningstagandet till eventuella åtgärder som bör sättas in som exempelvis näringsdryck vid undernäring eller halksockor vid konstaterad fallrisk.

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI>22	Fall	Munhälsa grad 2	
Humana Åsengården	31	100% ↑ 55 av 55	89% ↓ 49 av 55	93% ↓ 51 av 55	88% ↑ 49 av 55	3 ↑ 2 personer	15 ↓ personer	2 ↑ 2 personer	14 ↑ personer	↓
Plan 1 Humana Omsorg AB	9	100% ↑ 17 av 17	88% ↓ 15 av 17	94% ↓ 16 av 17	76% ↓ 13 av 17	1 ↑ 1 personer	3 ↓ personer	0 ↑ 0 personer	5 ↑ personer	↓
Plan 2 Humana Omsorg AB	11	100% ↑ 20 av 20	85% ↓ 17 av 20	85% ↓ 17 av 20	90% ↑ 19 av 21	0 ↑ 0 personer	6 ↓ personer	0 ↑ 0 personer	4 ↑ personer	↓
Plan 3 Humana Omsorg AB	11	100% ↑ 18 av 18	94% ↑ 17 av 18	100% ↑ 18 av 18	94% ↑ 17 av 18	2 ↑ 1 personer	6 ↓ personer	2 ↑ 2 personer	5 ↑ personer	↓
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					

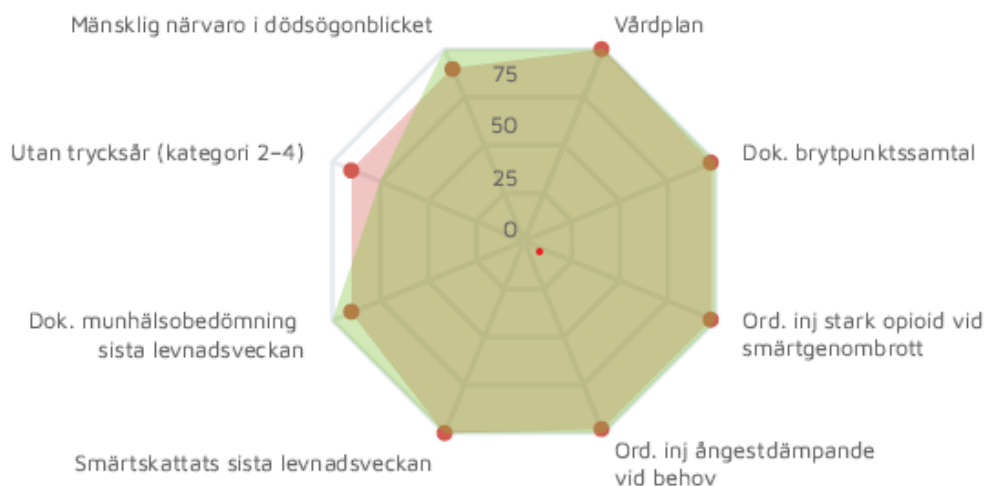
Vi har under året ej haft någon Lex Maria-händelse.

Egenkontroller görs utifrån årshjulet i PARUS i syfte att öka patientsäkerheten.

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso-och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar. På Åsengården arbetar vi systematiskt med identifierade områden som är relevanta för oss. Resultat från nationella register ligger till grund för våra analyser och förbättringsarbeten.

Som ett led i det palliativa arbetet arbetar vi i det Svenska palliativregistret. Samtliga dödsfall som sker på boendet registrerar här och ligger till grund för att utveckla vårt palliativa arbete framåt. Efter registreringen i registret tar vi upp ärendet på kvalitetsrådet och stämmer av hur nöjda vi är i teamet kring hela skeendet; var personen i fråga smärt -och ångestfri? Hade personen mänsklig närvaro i dödsögonblicket och hade personen ej utvecklat något trycksår? Vi stämmer av alla de punkter som behöver registreras i spindeldiagrammet. Om någon punkt bedöms behöva lyftas vidare i syfte att ta som lärande för hela personalgruppen tas detta på efterföljande APT.

Diagram från Svenska palliativregistret över hur vårt palliativa arbete har bedrivits under 2024.



Utifrån läkemedelsgranskningen som gjordes under året har vi bland annat säkerställt att alla läkemedel som lämnas ut är spårbara. Vi har även förbättrat signeringslistorna så att det tydligare framgår vilka läkemedel som är synonympreparat.

#### 4.4.1 Avvikelse

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

På Åsengården rapporterar och utreder HSL-personal fall- och läkemedelavvikelse i Humanas avvikelssystem. När avvikelser registreras tas avvikelsernas ID och journalförs i journalsystemet Vodok enligt rutin. Är ärendet av allvarig karaktär kopplas även MAS/MAR in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalysen blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i Humanas kvalitetssystem PARUS.

Avvikelse tas samlat upp på Kvalitetsrådet varje månad och även vidare på APT. På APT tas även de avvikelser upp mer ingående där det finns behov av ett generellt lärande och bedöms vara av mer allvarig karaktär. Avvikelse som rör en viss avdelning tas upp på dennes omvårdnadsmöte i ett steg för analys och lärande. I vissa fall föreligger behov av att en handlingsplan upprättas. Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Flest avvikelser har under det gångna året rört sig om fallolyckor. Kontinuerligt fallpreventivt arbete utförs på våra veckovisa multiprofessionella teamarbeten under omvårdnadsmöten och i Senior alert. Arbetet fortsätter även på kvalitetsråd och APT, där repetition och information kring fallprevention görs. Vi har även här arbetat med vikten av den personcentrerade vården, där vissa boenden som relaterat till stor fallrisk är i behov av mer tillsyn måste få det trots att det tar längre tid i anspråk. Vi har fortsatt repetera vikten av att förflytningsordinationer följs av samtlig personal, med allt vad det innebär från korrekt hjälpmedel till antal medarbetare som är ordinerade vid förflyttning. Vikten av detta har belysts på omvårdnadsmöten, kvalitetsråd och APT. Detta är ett ständigt pågående arbete att påminna om vikten av det, både i syfte att undvika vårdskador och att förebygga arbetsskador.

Vi har även fått ett nytt larmsystem; Tuncore från Thunstall under hösten. Sammanfattningsvis har driftstarten gått mycket bra och flera fördelar noteras i jämförelse med det tidigare larmsystemet såsom; minimal laggnings- och förbättrad insyn personalens arbetet. Det har blivit lättare att följa var personalen lägger sin tid, vilka boenden som tar mer tid än andra och hur snabbt larmen besvaras.

Fortsatt arbete har skett kring rutinerna vid läkemedelsadministration; vikten av att stämma av vid dagplaneringen och vid rapporter hur arbetsfördelningen ser ut och vem som ska göra vad och verkligen säkerställa att alla mediciner är givna. Nytt dagplaneringsblad har skapats där alla medicintider finns tillagda, detta i jämförelse med tidigare då det endast fanns morgon- och lunchtider för medicingivning. Ny rutin har även skapats där det tydligt framgår vilka steg som ska tas när det upptäcks att en medicin inte är given.

Under 2024 har vi på Åsengården inte haft några allvarliga händelser/vårdskador. Under 2024 hade vi totalt 255 händelser. Vi har haft 131 fall; dock resulterade inget fall i någon fraktur. Vi har haft två st boenden som har haft mycket stor fallbenägenhet relaterat till medicinska diagnoser. 81 st händelser avser läkemedelshantering, majoriteten av händelserna avser missad signering vid administration av läkemedel och utebliven signering vid administration. 6 st avser information, kommunikation och samverkan. 7 st avser händelser kring medicinteknik och hjälpmedel tex sängar som gått sönder och rullstolsdynor som varit felplacerade. Utförande, omsorg, behandling och stöd 15 st händelser, hot och våld 3 st samt 7 st övriga händelser.

#### **4.4.2 Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål och synpunkter från anhöriga eller boende gällande hälso- och sjukvårdsinsatser tas på största allvar och analyseras noggrant inom verksamheten för att utreda eventuella risker som kunnat leda till vårdskada eller allvarliga konsekvenser vid utebliven/fördröjd behandling eller lidande. Klagomål eller synpunkter utreds internt, via dialog med närstående/ patienten/ ansvarig läkare/verksamhetschef/ansvarig sjuksköterska. Ärenden återkopplas till MAS och vid behov kan det leda till intern utredning och en lex Maria.

Alla boende och närstående får information om hur de kan inkomma med synpunkter och klagomål vid inflyttning. Påminnelse om hur man inkommer med synpunkter och klagomål skickas med i varje närståendebrev. Information och blanketter med information kring detta finns även uppsatta i hiss och på anslagstavlor på Åsengården. En förslagslåda finns uppsatt utanför administrationen.

Klagomål och avvikelser registreras och hanteras i Humanas avvikelshanteringssystem Gurufield. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultatet av händelseanalysen blir avgörande för eventuella vidare åtgärder. Rutiner kring detta finns tillgängligt för personal i PARUS.

De klagomål och synpunkter som inkommit under 2024 har varit av den karaktär att de har kunnat åtgärdas i verksamheten.

### **4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang

beskrivs detta som resiliens.

## **Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden**



Under 2025 fortsätter arbetet med Fokusmånad. Varje månad arbetar och fokuserar vi på ett tema som både ska fungera som repetition och nytt lärande. Exempel på teman är; rapportering enligt SBAR, palliativ vård, bemötande vid demenssjukdom, smittförebyggande arbete och kost. HSL-gruppen ansvarar för planeringen och utförandet av dessa temamånader. Fokusmånadens tema tas upp som en röd tråd under månaden på omvårdnadsmöten veckovis, kvalitetsråd och APT. Vid behov hålls också extra utbildningsinsatser. Ytterligare ett sätt att systematiskt följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten är egenkontroller. Syftet med egenkontrollerna är att de utgör en granskning av verksamheten för att säkerställa att den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.

Vi har under det gångna året exempelvis arbetat med skydds- och begränsningsåtgärder vad detta innebär och hur vi bör agera och dokumentera korrekt kring det. Vi har även lärt oss att på ett tidigt stadium vid trycksår informera läkare och vikten av att agera snabbt när det kommer till just sår.

## 5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål: Ökad kompetens för omsorgspersonal.

Strategi: Fokusmånad. Varje månad arbetar och fokuserar vi på ett tema som både ska fungera som repetition och nytt lärande. Exempel på teman är; rapportering enligt SBAR, palliativ vård, bemötande vid demenssjukdom, smittförebyggande arbete och kost.

Mål: Ökad kunskap hos personal kring demenssjukdom och personcentrerad vård.

Strategi: Utbilda tre stycken HSL-personal i arbetsledarutbildning; steg 2 i Silviahemmets vårdfilosofi.

Mål: Fortsatt arbete med högpresterande team med fokus på bemötande, feedback och kommunikation. Fortsätta arbetet med psykologisk trygghet.

Strategi: Stående värdegrundspunkt på APT månatligen och inplanerade planeringsdagar under året.

Mål: Säkerställd kompetensutveckling och ökad patientsäkerhet.

Strategi: Fortsatt arbete med certifiering av kontaktmannaskapet. Medarbetare följs upp under 3 månader i sin dokumentation och ska ha genomfört ett antal utbildningar och uppgifter för att blir certifierad. Certifiering håller sedan i 2 år för att sedan följas upp på nytt.

Mål: Ökad kunskap kring demenssjukdom

Strategi: Administratörsutbildning i BPSD för nyanställd sjuksköterska.

Mål: Kompetensutveckling för omsorgspersonal.

Strategi: Erbjuder personal möjlighet att studera vidare till specialistundersköterska.

Mål: Det ska finnas minst två värdegrundsledare på varje avdelning.

Strategi: Utbilda ytterligare minst 3 värdegrundsledare.

Mål: Ökad kompetensutveckling för HSL-personal

Mål: Ökad reflektion och ökad trygghet hos omsorgspersonal

Strategi: Fortsätta med handledning månatligen

Strategi: Erbjuder minst fem st utbildningstillfällen; exempelvis sårutbildning och utbildning i Levy body-demens.

Mål: Ökad patientsäkerhet

Strategi: Arbeta med att ta fram lokala rutiner kring redan identifierade områden där detta behov har noterats.

Mål: Öka omsorgspersonalens kunskap kring palliativ vård

Strategi: Samtliga palliativa ombud ska på ett systematiskt sätt få utbilda resten av personalen.

Mål: Öka omsorgspersonalens kunskap kring förflyttning- och lyftteknik.

Strategi: Utbildning som hålls av fysioterapeut och arbetsterapeut för samtlig omsorgspersonal, även timanställda.

Mål: Säkerställa korrekt omvårdnadsdokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen

Strategi: Temat Dokumentation under en Fokusmånad samt att ta fram en lathund med

användbara dokumentationsfraser.

Mål: Ökad kompetensutveckling för fysioterapeut.

Strategi: Fortsätta magisterutbildning i demensvård för arbets- och fysioterapeuter KI 60 HP.

Mål: Ökad kompetensutveckling kring hjärt- och lungräddning.

Strategi: Utbilda samtlig personal inom hjärt- och lungräddning.

Kommande utmaningar vi ser framåt är framförallt att säkerställa att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Vi ser en utmaning i både att säkra personal med adekvat kompetens samt även en trolig utmaning i att behålla personalen. Strategierna som vi jobbar framåt med är att fokusera på att vara en attraktiv arbetsplats med allt vad det innebär från att skapa trivsel och ha ett tydligt fokus kring vad vårt uppdrag är; ge den bästa vården och omsorgen till våra boende och skapa en meningsfull tillvaro för dem. Ett led i detta arbete för att skapa förutsättningar för personalen att klara uppdraget är en gedigen kompetensutvecklingsplan, något som även ger personalen ytterligare anledning att trivas och växa.