

Patientsäkerhetsberättelse För Betelhemmet Jönåker År 2025



Datum 2026-02-27
Ansvarig för innehållet:
Johanna Olin, Verksamhetschef

Inledning

Betelhemmet i Jönåker bedriver vård och omsorg för äldre personer i särskilt boende på uppdrag av Nyköpings kommun. Betelförsamlingen i Jönåker är verksamhetens huvudman. Verksamheten omfattar en enhet med totalt 16 boendeplatser.

Boendet är utformat för att främja trygghet och trivsel. Gemensamma utrymmen består bland annat av matsal och kök där samtliga måltider tillagas. Till boendet hör även en trädgård med tillgängliga promenadstråk och flera uteplatser. Verksamheten präglas av ett respektfullt och personcentrerat förhållningssätt, där bemötandet utgår från varje boendes behov och värdighet, med målsättning att skapa en trygg och hemlik miljö.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	8
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Säker vård här och nu.....	16
Riskhantering.....	16
Stärka analys, lärande och utveckling	17
Avvikelse	17
Klagomål och synpunkter	19
Öka riskmedvetenhet och beredskap	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	21

SAMMANFATTNING

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

Patientsäkerhetsarbetet vid Betelhemmet under 2025 har bedrivits strukturerat och systematiskt i enlighet med gällande lagstiftning och föreskrifter. Arbetet präglas av engagerad ledning, tydlig ansvarsfördelning och nära samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska, verksamhetschef, läkare och paramedicinsk personal. Patientsäkerhetsfrågor har varit integrerade i det dagliga arbetet genom regelbundna rapporter, kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar.

En nulägesanalys har genomförts inom ramen för arbetet med att stärka patientsäkerheten i verksamheten. Analysen har visat på ett behov av att säkerställa att verksamhetens rutiner är aktuella, kända och följs på ett enhetligt sätt av all personal. Utifrån dessa resultat har ett förbättringsarbete påbörjats med fokus på att revidera befintliga rutiner, förbättra informationsvägar samt stärka introduktion och kompetensutveckling för ny personal.

Samtliga boende har haft aktuella genomförandeplaner och genomgått riskbedömningar i Senior Alert. Registrering har även skett i Svenska Palliativregistret för samtliga avlidna. Egenkontroller såsom läkemedelsgenomgångar, hygienronder, doskontroller och journalgranskning har genomförts enligt plan. Dokumentation och informationssäkerhet har stärkts genom tillgång till lånedatorer, IT-support och digitala system för signering och uppföljning.

Under året har ett begränsat antal vårdskador inträffat. Ett trycksår uppstod i samband med sjukhusvistelse och hanterades genom avvikelse till berörd vårdenhet. Antalet fall har ökat jämfört med föregående år, vilket främst kopplas till enskilda boendes försämrade funktionsförmåga och ökad vårdtyngd. Fallförebyggande åtgärder har vidtagits kontinuerligt och analyserats i omvårdnadsteamet. En allvarlig vårdhändelse inträffade under hösten 2025 gällande en nyinflyttad boende med diabetes typ 1, vilket ledde till akut sjukhusvård. Händelsen utreddes och resulterade i riktade utbildningsinsatser inom diabetes typ 1 samt förstärkt samverkan med specialistvård. Detta har bidragit till ökad kompetens och förbättrad uppföljning.

Avvikelsehanteringen fungerar väl och majoriteten av avvikelserna avser läkemedelshantering och fall. De flesta läkemedelsavvikelser har varit av mindre allvarlig karaktär och rört utebliven signering. Snabb uppföljning, återkoppling och påminnelser om rutiner har varit centrala åtgärder. Totalt sett bedöms antalet avvikelser vara lågt i förhållande till utförda insatser.

Utvecklingsområden som identifierats inför kommande år är fortsatt förbättring av dokumentation, särskilt i nya journalsystemet LifeCare, ökat teambaserat arbete i Senior Alert, förstärkt fallprevention och förbättrad läkemedelshantering. Sammantaget har verksamheten bedrivit en säker vård under 2025, med god riskmedvetenhet, fungerande processer och ett aktivt förbättringsarbete.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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.



Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål	Mål/beskrivning	Måluppfyllelse	Uppföljning
Nöjda och aktiva boende	Boenderåd ska hållas 2 ggr/termin	Boenderåd har hållits 3 ggr under året. De boende är aktiva på mötena, deltar i diskussioner och kommer med frågor och förslag.	-Mötesprotokoll -Antal närvarande
	Genomförandeplaner revideras 2 ggr/år. Boende (och ev. anhöriga) är delaktiga	16 av 16 boende har en uppdaterad genomförandeplan under året.	-Dokumentation i Pro Capita -Sammanställning 2 ggr/år
	Aktiviteter ska erbjudas både i grupp och individuellt -Bli bättre på att tillgodose individuella behov -All personal ska hålla i aktiviteter	Boende har tillfrågats individuellt i enkät. Aktiviteter har kunnat erbjudas i större utsträckning tack vare statsbidrag.	-Enkät till varje boende -Boenderåd -Dokumentera genomförda gruppaktiviteter -APT
Hög kvalitet på vården	Alla genomförandeplaner ska revideras 2ggr/år	Se ovan.	-Dokumentation i Pro Capita -Sammanställning 2 ggr/år
	All personal ska läsa dokumentation i Pro Capita i början av varje arbetspass	All personal läser inte inför varje pass.	Ingen självskattning gjord under 2025
	All personal ska dokumentera varje månad i social dokumentation	Hindrande faktorer: -Vissa upplever osäkerhet gällande dokumentation. -Tidsbrist/prioritering	Checklista/självskattning Utbildning för både ordinarie personal och vikarier. Individuell handledning har erbjudits.

		-Problem med inloggning/SITHS-kort	
	All personal och boende ska känna till blanketten ”Synpunkter och klagomål”	Finns nu på tavlan i entrén.	-Boenderåd -APT -Info till anhöriga/ besökare i entrén.
	Alla synpunkter och klagomål ska sammanställas till varje kvalitetsmöte, APT och en årlig sammanställning	4 klagomål har inkommit under året. Synpunkter av mindre allvarlig karaktär/önskemål har tagits emot och åtgärdats i direkt anslutning till att de framkommit.	-Mötesprotokoll från kvalitetsmöte och APT -ej haft alla kvalitetsmöten - flera klagomål från samma anhörig samt en vikarie. Allt åtgärdades omgående.
	Alla boende ska ha bedömning i Senior Alert	Alla boende har en registrerad bedömning i Senior alert under 2025 samt en bokad uppföljning.	-2 ggr/år i samband med VPL
	Alla avlidna ska registreras i svenska palliativregistret.	6 av 6 avlidna registrerades under 2025	-Enligt rutin för sjuksköterska.
	Nära och väl fungerande teamarbete och god kommunikation	Sker dagligen/flera gånger per dag med omvårdnadspersonal och sjuksköterska.	-Rapporteringsmöten och avstämningar -Färre avstämningar pga ökad vårdtyngd.
	Kvalitetsfrågor på APT varje månad	Finns stående punkt	-Kvalitetsfrågor från kvalitetsmötet tas upp på APT 1g/månad
	Det finns rutiner och arbetsgrupp för anhörigstöd	Rutinen är framtagen och förankrad i personalgruppen.	-APT
	Alla lokala rutiner ska vara aktuella.	Prioriterade lokala rutiner har uppdaterats och nya har tagits fram.	Ett antal rutiner har uppdaterats. Genomgång av resterande rutiner behöver göras kommande år.
Rätt bemanning	Omvårdnadskorten ska vara uppdaterade efter behov och vårdtyngd -anpassa bemanningen efter behov	Korten har uppdaterats vid behov under året. Extrakort har skapats för inskolningstillfällen.	-Avstämning på morgonmöten, kvalitetsmöten och APT -samt vid behov -ökad vårdtyngd under första halvåret samt vid nyinflyttning under sommar och höst 2025.
	-Utbildad undersköterska prioriteras vid tillsättning av tjänster och vikariat.	Prioriteras vid varje tillsättning. Finns inte alltid utbildad undersköterska tillgänglig.	-Kontinuerligt vid tillsättning av tjänster Två nya undersköterskor är anställda vinter 2025.

	-Eller vikarie under utbildning till undersköterska		
Bra måltids-situationer	-Mat/måltider stående punkt på boenderåd -Prioritera pedagogiska måltider. Minst en personal vid lunch och middag. -Ommöblering i matsalen kontinuerligt efter de boendes behov	Maten/måltider har tagits upp som punkt vid varje boenderåd. Ommöblering/omplacering har gjorts vid behov. Saknas kunskap hos vikarier ang. att delta vid måltid.	-I samband med boenderåd -Vårdplanering, kvalitetsmöte

Organisation och ansvar

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

Styrelsen för Betelhemmet har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. Betelförsamlingen i Jönåker är huvudman och har utsett en styrelse bestående av sex ledamöter.

Verksamhetschefen ansvarar, på styrelsens uppdrag, för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för patientsäkerhetsarbetet i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. Verksamhetschefen ansvarar även för personalens kompetens, information om identifierade brister och resultat av kvalitetsuppföljningar samt för bemanning och resursanvändning så att en säker vård och omsorg kan bedrivas.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att varje äldre får vård utifrån sina behov. Sjuksköterskan ansvarar även för att bedöma och säkerställa omvårdnadspersonalens kunskaper inför att få delegering att utföra medicinska uppdrag. Sjuksköterskan ansvarar för att dokumentera och möjliggöra för omvårdnadspersonalen att inhämta nödvändig information om de boende för att kunna utföra säker omvårdnad. Vid händelser som lett till allvarliga vårdskador eller där risk för allvarlig vårdskada funnits ska MAS/MAR i Nyköpings kommun delges för bedömning om anmälan enligt Lex Maria ska göras.

Paramedicinsk personal, anställd av Nyköpings kommun, ansvarar för rehabiliterande insatser, funktionsbevarande åtgärder och utprovning av hjälpmedel samt för att rapportera och följa upp avvikelser inom respektive ansvarsområde.

Omvårdnadspersonalen ansvarar för att utföra vård och omsorg enligt gällande lagstiftning, föreskrifter och fastställda rutiner, inklusive personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Personalen ansvarar även för att rapportera avvikelser samt för uppdrag som kontaktperson enligt fastställd rutin.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Inom verksamheten sker ett dagligt nära samarbete mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska och verksamhetschef. Informationsöverföring sker genom flera dagliga rapport- och

avstämningstillfällen samt genom löpande dokumentation i patientjournal. Patientsäkerhetsfrågor behandlas även vid månatliga kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar. Vårdplanering genomförs två gånger per år för varje boende och vid behov medverkar relevanta yrkeskategorier såsom arbetsterapeut, fysioterapeut och läkare.

Paramedicinsk personal från Nyköpings kommun samverkar med verksamheten utifrån aktuella behov. Hälsokonferens hålls var fjärde vecka i samband med arbetsplatsträff, där frågor som fallprevention, ordinationer och uppföljningar diskuteras tillsammans med personalgruppen.

Läkarmedverkan sker enligt avtal med Region Sörmland. Patientansvarig läkare från Bagaregatans vårdcentral genomför veckovis rond tillsammans med sjuksköterska, med tillhörande läkemedelsgenomgångar och medicinska bedömningar. Läkarkontakt finns tillgänglig dygnet runt.

Sjuksköterska finns i tjänst helgfria vardagar dagtid. Övrig tid finns tillgång till journalsjuksköterska enligt avtal med Nyköpings kommun. Relevant information om boende, exempelvis vid palliativ vård eller efter sjukhusvistelse, dokumenteras i journalsystemet för att säkerställa kontinuitet och patientsäkerhet.

Verksamheten har tillgång till hygiensjuksköterska från Region Sörmland för stöd i hygienfrågor, utbildningar och hygienronder. Munhälsobedömningar och utbildning i munvård tillhandahålls genom avtal mellan Region Sörmland och Nyköpings kommun. Avancerad tandvård utförs av Folk tandvården eller annan valfri utförare.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering samt fortbildning inom läkemedelsområdet sker genom avtal med Medovia AB via Nyköpings kommun.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Verksamheten har fastställda lokala rutiner för informationssäkerhet, behörighetsstyrning och åtkomstkontroller. Inloggning och behörigheter till verksamhetens system hanteras av verksamhetschefen.

Dokumentation avseende boende sker i journalsystemen Pro Capita (HSL) och Life Care (SoL). Inloggning sker med SITHS-kort. Support gällande journalsystemen tillhandahålls av Nyköpings kommuns IT-funktion. Under 2025 har användningen av kommunens lånedatorer och hanteringen av SITHS-kort fungerat tillfredsställande.

Nyköpings kommun, Division Social Omsorg, genomför regelbundna loggkontroller i Pro Capita och NPÖ genom stickprov. Stickprovskontroller genomfördes under 2025 utan anmärkning.

Legitimerad personal ansvarar för upprättande av signeringslistor i APPVA. Digital signering av läkemedel och andra HSL-insatser av sjuksköterskan sker i MCSS-appen med inloggning via SITHS-kort.

För IT-support som inte rör journalsystem anlitar verksamheten extern utförare för bland annat nätverk och uppkoppling.

Under 2025 installerades ett nytt larmsystem, ZAFE. Larmen hanteras nu via mobilapplikation i omvårdnadspersonalens telefoner, vilket har ersatt tidigare visuell larmvisning i gemensamma utrymmen.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Verksamheten som bedrivs har ingen förekomst av sådan medicinsk exponering som ska redovisas utifrån Strålskyddsmyndighetens krav.

En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur är en grundläggande förutsättning för säker vård. På Betelhemmet bedrivs patientsäkerhetsarbetet gemensamt av all personal och är en integrerad del av det dagliga arbetet.

Personalen har löpande avstämningar under arbetspassen tillsammans med sjuksköterska och verksamhetschef för att tidigt identifiera risker och förebygga vårdskador. Identifierade risker och negativa händelser rapporteras omgående och hanteras utifrån allvarlighetsgrad vid dagliga rapporter samt vid behov på kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar. Händelser dokumenteras som avvikelser i journalsystemet eller enligt fastställd intern rutin.

Verksamheten främjar ett öppet arbetsklimat där erfarenheter, återkoppling och goda exempel delas. Arbetsmiljöfrågor följs kontinuerligt upp vid arbetsplatsträffar och i medarbetarsamtal, med fokus på både fysisk och psykosocial arbetsmiljö.



Adekvat kunskap och kompetens

Betelhemmet har en låg personalomsättning och en stabil personalgrupp. Majoriteten av medarbetarna är utbildade undersköterskor och övrig personal har lång erfarenhet av vård- och omsorgsarbete.

Vid nyanställning prioriteras utbildade undersköterskor. Introduktion sker enligt fastställd checklista för att säkerställa att verksamhetens rutiner, processer och system går igenom. Introduktionen anpassas utifrån medarbetarens utbildning och tidigare erfarenhet och pågår så länge behov finns.

Patientsäkerhets- och kvalitetsfrågor behandlas regelbundet vid månatliga kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar. Dessa möten omfattar både ordinarie personal och vikarier. Under 2026 planeras särskilda möten för vikarier i syfte att öka kunskap och delaktighet i patientsäkerhetsarbetet.

Schema- och vikarieansvarig personal finns utsedd och bemanningen planeras med hänsyn till medarbetarnas kompetens och erfarenhet, med målsättning att nya medarbetare i möjligaste mån arbetar tillsammans med erfaren personal.



Kompetensutveckling planeras och följs upp utifrån identifierade behov och tas upp vid medarbetarsamtal och arbetsplatsträffar. Under 2025 erbjuds hela personalgruppen utbildning gällande munvård, HLR, Diabetes Typ 1, Zafe Larmsystem samt LifeCare.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Boende och närstående erbjuds delaktighet vid inflyttning genom **ankomstsamtal** samt vid **individuell vårdplanering**, som genomförs två gånger per år. Vid vårdplaneringen deltar den boende, sjuksköterska, kontaktperson och vid behov verksamhetschef samt närstående om den boende önskar detta. Den boende ges möjlighet att framföra synpunkter, önskemål och behov, vilka ligger till grund för genomförandeplanen. Genomförandeplanen godkänns av den boende. När den boende har begränsad förmåga att uttrycka sig kan närstående medverka för att tillvarata den boendes intressen. Information ges om verksamhetens förebyggande arbete avseende exempelvis fall, undernäring, trycksår och munhälsa.



Boenderåd har genomförts vid tre tillfällen under 2025. Vid dessa möten informeras de boende om aktuella frågor i verksamheten och ges möjlighet att lämna synpunkter och förslag rörande exempelvis mat, aktiviteter och boendemiljö. Framförda synpunkter tas med i det fortsatta planerings- och förbättringsarbetet.

Verksamheten tar del av resultat från Socialstyrelsens årliga **brukarundersökning** och använder dessa i den övergripande verksamhetsplaneringen. Under 2025 genomfördes även en lokal enkät i syfte att få ytterligare underlag till kvalitets- och utvecklingsarbete. Resultaten visar en överlag hög nöjdhet bland de boende.

Omvårdnadspersonalen uppmärksammar löpande boendes behov och reaktioner i det dagliga arbetet. Observationer används som underlag för dialog med den boende och vid behov för revidering av genomförandeplaner.

Synpunkter och klagomål från boende och närstående tas emot både muntligt och skriftligt. Blankett för detta finns tillgänglig i verksamheten. Inkomna synpunkter och klagomål utreds, analyseras, åtgärdas och besvaras av verksamhetschefen. Information till närstående ges även löpande genom utskick samt vid individuell kontakt utifrån behov. Verksamheten eftersträvar en öppen dialog och god tillgänglighet gentemot både boende och närstående.

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.

Egenkontroll	Mål	Resultat	Källa	Analys/lärande
Läkemedelsgenomgång	Ska göras vid varje nyinflyttad, sedan kontinuerligt vid behov.	Genomförd på alla nya boende 2025	Rond med läkare	Uppdatera läkemedelslista relaterat till aktuellt status. Rensa i läkemedelslista Identifiera ev. biverkningar/ interaktioner mellan läkemedel.
Läkemedelsgenomgång fördjupad	Minst 2 boende/år eller vid behov	Fanns ej behov 2025	Rond med läkare	Identifiera behov och erbjuda till de som behöver
Hygienrond	Ingen vårdrelaterad infektion	Genomförd i januari 2025	Region Sörmland Självskattning Hygienombud observation enl. checklista	Återkoppling till personalgruppen på kvalitetsmöte och APT.
Vårdplanering	2 gånger per år	Målet uppnått	Möte på plats eller avstämning med anhöriga via telefon	Genomförs med boende, kontaktperson, sjuksköterska, anhörig
Patientsäkerhetsdialoger	2 gång per år	Målet uppnått	Vårdplanering	Genomförs med kontaktperson, sjuksköterska och boende/anhörig
Avvikelser	1 gång/månad	Har sammanställts inför varje APT	Avvikelsehanteringsystemet	Diskussion och återkoppling på kvalitetsmöte och APT
Trycksår	Riskbedömning 1 gång/månad 2ggr/år	Målet uppnått 1 sår uppstått under 2025 under vårdtid på sjukhus.	Hälsokonferens Riskbedömning i samband med vårdplanering	Omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast bedriver ett förebyggande arbete identifierar tidiga tecken och åtgärdar omgående.

Fallrisk	Riskbedömning en gång/månad 1 gång/månad 2 ggr/år 2ggr/år	Målet uppnått Antalet fall har ökat under 2025.	Hälsokonferen s Kvalitetsmöte Vårdplanering Riskbedömnin g i samband med vårdplanering	Förekomst av fall ofta relaterat till försämrad funktionsförmåga och ökad sjukdom.
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år 4 ggr/år Vid behov	Målet uppnått. Fyra skriftliga klagomål har inkommit under 2025.	Vårdplanering Boenderåd Anhörigkontak t, personliga möten, telefonsamtal	Flera önskemål tagits emot och åtgärdats utan att det setts som klagomål. Förändring/förbättring genomförts utifrån behov och önskemål.
Doskontroll	Var 14:e dag	Är utförd vid varje leverans under året	Enligt rutin för sjuksköterska	Utförs i samband med läkemedelsleverans.
Läkemedelshantering	2-3ggr/vecka	Sjuksköterska följer upp signeringar i APPVA 2- 3 gånger per vecka	Digital signering i APPVA	Kontinuerlig uppföljning av signeringar ger snabb identifiering av risker och händelser. Åtgärd kan påbörjas omgående.
Hälsoplaner	2ggr/år (oftare vid behov)	Målet uppnått. Görs av sjuksköterska vid inflytt och vid behov.	Pro Capita	Hälsoplaner revideras vid skiftande status. Är en flexibel planering som ligger till grund för omvårdnaden.
Journalgranskning	1 gång/år	2 journaler granskades under 2025	Mas väljer ut journaler genom sluppmässigt urval	Önskvärt att bli granskad av kollega för ökat lärande och bättre bli uppmärksammas på ev. brister
Narkotikaklassade preparat	12 gånger per år	Genomfört 11 gånger under 2025.	Kontrollräknin g görs av sjuksköterska och verksamhetsch ef	Utfört enligt rutin.
Läkemedelsgranskning	1 gång per år	Genomfört med apotekare	Med apotekare	Ett fåtal förbättringsförslag framkom vid granskningen.
Delegeringar	Vid nyanställning + 1 gång per år	All personal delegeras individuellt och utifrån utbildningsnivå , erfarenhet och personlig lämplighet.	Sjuksköterska och berörd personal. Samtal, instruktioner, kunskapstest.	Säker delegeringsprocess tack vare närhet till sjuksköterska dagligen för uppföljningar och kontinuerlig återkoppling.

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 §

Har vården varit säker

All personal är skyldig att rapportera avvikelser vid identifierade risker för patientsäkerheten eller brister i vården. Inkomna avvikelser och klagomål bedöms av sjuksköterska och verksamhetschef. Utredning av avvikelser sker utifrån händelsens allvarlighetsgrad. Allvarliga eller återkommande avvikelser analyseras vid månatliga kvalitetsmöten, där beslut fattas om förebyggande och korrigerande åtgärder. Vidtagna åtgärder och lärdomar återkopplas till personalen vid arbetsplatsträffar.

Händelser som har medfört, eller kunnat medföra, en allvarlig vårdskada hanteras enligt Lex Maria och anmäls till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för vidare bedömning och eventuell anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Missförhållanden eller risk för missförhållanden inom omsorgen hanteras enligt Lex Sarah och rapporteras till verksamhetschef, som ansvarar för utredning och vidare åtgärder enligt gällande rutin.

Under 2025 inträffade en händelse som resulterade i att Betelhemmet, i samverkan med MAS, utvecklade och förtydligade rutinen för läkemedelshantering vid palliativ behandling.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete i kommuner

En nulägesanalys har genomförts inom ramen för arbetet med att stärka patientsäkerheten i verksamheten. Syftet har varit att identifiera förbättringsområden. Analysen har visat att det finns behov av att säkerställa att verksamhetens rutiner är aktuella, kända och följs på ett enhetligt sätt av all personal.

Resultatet av nulägesanalysen visar följande huvudsakliga utvecklingsområden:

- Behov av att uppdatera och revidera rutiner så att de överensstämmer med det faktiska arbetssättet i verksamheten.
- Behov av att stärka information och kommunikation gällande rutiner till berörd personal.
- Behov av att säkerställa att vikarier introduceras och utbildas i verksamhetens rutiner för att upprätthålla en säker och likvärdig vård.

Utifrån dessa resultat har ett fortsatt förbättringsarbete initierats med fokus på att revidera befintliga rutiner, förbättra informations- och kommunikationsvägar samt stärka introduktion och kompetensutveckling för ny och tillfällig personal.

Avvikelsehantering

Betelhemmet har en väl fungerande avvikelshanteringsprocess. Omvårdnadspersonalen har kunskap om att rapportera händelser och avvikelser i journalsystemet Pro Capita, och avvikelser utreds och följs upp regelbundet på kvalitetsmöten.

Vid händelser som lett till, eller inneburit risk för, allvarlig vårdskada informeras MAS/MAR i Nyköpings kommun för bedömning av eventuell Lex Maria-anmälan.



Hygienrutiner

Fastställda rutiner finns för basal hygien och smittförebyggande arbete. Verksamheten genomför egenkontroller genom hygienronder och självskattning enligt rutin. Resultatet från genomförda hygienronder visar att verksamheten i huvudsak följer gällande rutiner för basal hygien och smittförebyggande arbete. Tillgången till hygienmaterial och skyddsutrustning bedöms som god och hygienlådor med nödvändig skyddsutrustning finns tillgängliga och används vid misstänkt eller konstaterad smitta.

Hygienrond och självskattningar har samtidigt identifierat vissa brister i följsamheten till hygienrutiner. Det förekommer att personal inte alltid använder skyddsrock enligt rutin samt att kläder som inte är kortärmade används i direkt och indirekt vård- och omsorgsarbete. Detta innebär en ökad risk för bristande hygien och smittspridning.

Analysen visar behov av fortsatt information och uppföljning gällande hygienrutiner samt vikten av att följa riktlinjer för arbetskläder och skyddsutrustning. Återkoppling har skett till personalgruppen och verksamheten kommer att fortsätta med regelbundna hygienronder, egenkontroller och påminnelser på arbetsplatsträffar för att stärka följsamheten och säkerställa en god hygienisk standard.

Medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter såsom rullstolar och lyftar förskrivs av arbetsterapeut eller fysioterapeut och provas individuellt innan användning. Omvårdnadspersonalen får instruktion i handhavande. Rutiner för skötsel och hantering finns och under 2025 har arbetet med en mer detaljerad rutin, inklusive märkning och inventering, påbörjats för att minska risker.

HALT

Mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning genom Svenska HALT genomfördes under 2025. Resultatet visar att enheten inte hade några vårdrelaterade infektioner.

Senior Alert

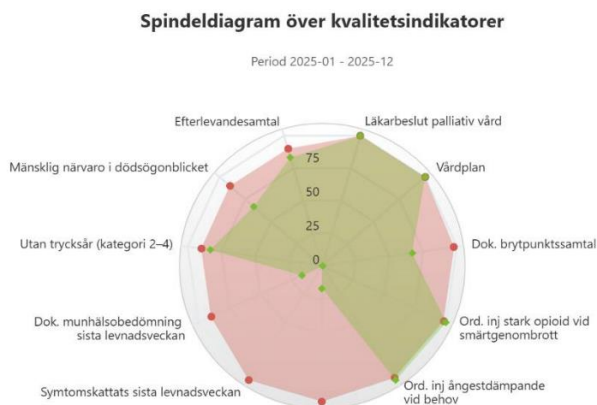
Samtliga boende genomgår riskbedömning i Senior Alert två gånger per år. Vid identifierade risker genomförs en teambaserad analys av sjuksköterska och omvårdnadspersonal och individuella åtgärder planeras och genomförs. Uppföljning sker vid månatliga hälsokonferenser där paramedicinsk personal deltar. Alla boende var registrerade och följdes upp i Senior Alert under 2025.

Ett identifierat förbättringsområde är dokumentation av vidtagna åtgärder kopplade till respektive riskområde. För att stärka det teambaserade arbetssättet är målsättningen att kontaktperson ansvarar för att initiera och följa upp arbetet i Senior Alert, inklusive munhalsbedömningar, två gånger per år i samverkan med sjuksköterska.



Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som används för uppföljning och utveckling av vården i livets slutskede. Registrering sker inom sju områden. Samtliga avlidna under 2025 har registrerats i registret.



Verksamheten visar god följsamhet gällande medicinska beslut och behandlingar i palliativ vård. Läkarpalliativ vård, vårdplan samt ordinationer vid behov uppnår 100 %. Förbättringsbehov ses inom dokumentation och strukturerad uppföljning i livets slutskede. Smärt- och symtomskattning samt munhälsobedömning genomförs i praktiken men inte med de bedömningsinstrument som efterfrågas, vilket påverkar resultatet inom dessa områden. Sammanfattningsvis är den medicinska behandlingen välfungerande, medan systematiken behöver stärkas.

Verksamheten använder inte anhörigenkäten i registret. Efterlevandesamtal erbjuds istället till anhöriga av sjuksköterska.

APPVA

Digital signering sker i APPVA och möjliggör systematisk egenkontroll. Under året signerades 97,8 % av insatserna och 85,5 % utfördes i tid enligt ordination. Avvikelser i tid var i genomsnitt 12 minuter. Ett pågående förbättringsarbete är att minska antalet SoL-insatser i APPVA för att öka undersköterskans självständighet i omvårdnadsarbetet. En kvarstående patientsäkerhetsrisk är att kommunens rehabiliteringspersonal samt joursjuksköterskor saknar tillgång till APPVA gällande Betelhemmet, vilket försvårar dokumentation, informationsöverföring och uppföljning av tränings- och omvårdnadsinsatser. Frågan är uppmärksammas och hanteras i dialog mellan MAS och kommunens IT-funktion i syfte att finna en långsiktig lösning. Tills en lösning har tagits fram gällande inloggning för rehabiliteringspersonal samt joursjuksköterskor används papperssigneringslistor.

ZAFE larmsystem

Under 2025 installerades ett nytt larmsystem i verksamheten, ZAFE. Larmen hanteras nu via mobilapplikation i omvårdnadspersonalens telefoner, vilket har ersatt tidigare visuell larmvisning i gemensamma utrymmen. Systemet bidrar till ökad integritet och ger också möjligheter att ta fram statistik över exempelvis väntetider vid larm.

Säker vård här och nu

Riskhantering

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

Hela personalgruppen uppmanas att uppmärksamma risker eller brister i verksamheten. Riskanalys görs vanligen dagligen vid rapporteringsmöte med samtlig personal som är i tjänst. Bakomliggande orsaker identifieras och förbättringsförslag och åtgärder för att minimera risken eller bristen tas fram. Efter att risker har påvisats i verksamheten har de analyserats och diskuterats på rapporteringsmöten, kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar. Förbättringsförslag och planer har beslutats och dokumenterats i respektive mötesprotokoll. Uppföljning har gjorts under arbetets gång på dagliga rapporteringsmöten samt på nästkommande kvalitetsmöte eller arbetsplatsträff.



Riskanalys utförs också för varje boende i samband med inflyttning och sedan återkommande vid hälsokonferenser och vårdplaneringar. Varje boende bedöms avseende risk för fall, undernäring, trycksår och munhälsa.

Under 2025 har ett trycksår uppkommit. Detta uppstod i samband med vårdtid på sjukhus och en avvikelse skickades till berörd enhet.

En boende som flyttade in under hösten 2025 har haft en instabil diabetesbehandling, vilket innebär en förhöjd risk för vårdskador. För att minska risken har utbildning i diabetes genomförts för samtliga medarbetare. Åtgärden syftar till att stärka personalens kompetens och säkerställa en trygg och säker omvårdnad.

Kunskapen om genomförandeplaner har generellt förbättrats, men bristande följsamhet till tidsplaner innebär fortsatt risk för otydlig eller bristfällig dokumentation. Omvårdnadspersonalen har identifierat behov av mer praktisk och konkret utbildning, särskilt kring journalsystemets sökord och var olika uppgifter ska dokumenteras. Skillnader i kompetensnivå kvarstår inom personalgruppen; medan vissa medarbetare hanterar dokumentationen väl upplever andra osäkerhet. Individuell handledning har erbjudits under 2025, men inte nyttjats av alla.

För att minska risken för bristande kvalitet i genomförandeplanerna har tre erfarna undersköterskor under hösten 2025 bistått med justering och kvalitetssäkring av samtliga boendes planer. Införandet av nytt journalsystem i slutet av 2025 innebär en ökad risk för dokumentationsbrister, varför flera uppföljningar samt ytterligare utbildnings- och handledningsinsatser bedöms nödvändiga under 2026.

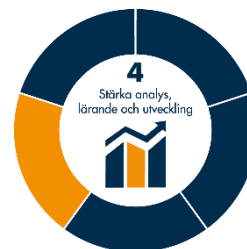
Under 2025 har tillgång till lånedatorer från Nyköpings kommun minskat risken för att Betelhemmets personal ska ha svårigheter med inloggning i datajournalsystemet. Detta har även möjliggjort tillgång till IT-support på samma villkor som kommunens egna utförare. Detta har minskat risken för tekniska hinder i dokumentationsarbetet.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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

Betelhemmet har lokala rutiner för identifiering, rapportering, sammanställning och analys av avvikelser i syfte att förbättra patientsäkerheten. Alla avvikelser dokumenteras i journalsystemet av den personal som uppmärksammar händelsen. Sjuksköterska tar emot och analyserar avvikelser skyndsamt, och utredningens omfattning anpassas efter avvikelstens allvarlighetsgrad.



Verksamhetschef sammanställer avvikelser månadsvis för statistik och analys. Allvarligare och återkommande avvikelser samt fall diskuteras vid kvalitetsmöten, där personal ges möjlighet att bidra med förslag till åtgärder. Information och beslutade åtgärder återkopplas till hela personalgruppen via arbetsplatsträffar för att säkerställa gemensamt förbättringsarbete. Under 2025 har kvalitetsmöten vid flera tillfällen utgått på grund av personalbrist.

Avvikelser som rör verksamheten i stort eller förbättringsarbete, utan koppling till en enskild boende, dokumenteras via särskild blankett och lämnas till verksamhetschef.

De vanligast förekommande avvikelserna under 2025 har avsett läkemedelshantering och fall. Utredning och analys har skett kontinuerligt tillsammans med personalgruppen. Orsaker till missade signeringar har identifierats, bland annat stress och ökad vårdtyngd hos vissa boende. Arbetet med att ta fram och implementera förebyggande åtgärder har pågått under året.

Avvikelser rapporterade i Pro Capita 2025:

Avvikelse	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Tot.
Läkemedel	2	2	11	5	13	18	1	7	7	6	6	1	79
Fall	1	1	10	10	2	2	2	3	2	-	-	2	35
Allmän omvårdnad		1											1
Utebliven insats SOL/LSS												1	1
Dokumentation HSL		1											1

(Av fallen är det 1 person som fallit 21 gånger)

Avvikelser jämförelse år 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025:

Avvikelse	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Läkemedel	86	75	86	105	110	79
Fall	33	46	138	28	26	32
Allmän omvårdnad	6	4	3	2	2	1
Specifik omvårdnad/rehab	3	4	3	1	2	0
Utebliven insats SOL		3	0	2	0	1
Informationsöverföring		1	0	0	0	0
Dokumentation HSL			1	1	0	1

Under 2025 rapporterades totalt ett begränsat antal avvikelser i förhållande till det stora antal insatser som utförts i verksamheten. Avvikelserna har huvudsakligen rört läkemedelshantering och fall, vilket är i linje med tidigare år och kända riskområden inom äldreomsorg.

Antalet läkemedelsavvikelser uppgick till 79, vilket innebär en minskning jämfört med 2024. De flesta läkemedelsavvikelser har bedömts vara av mindre allvarlig karaktär och har främst handlat om utebliven eller försenad signering, kvarlämnade tabletter i dospåse eller tablett som hittats i boendes rum. Orsaker har i huvudsak identifierats som stress eller bristande följsamhet till rutin. Sjuksköterska har under året arbetat aktivt med snabb uppföljning av läkemedelsavvikelser och återkoppling till berörd personal, vilket bedöms ha bidragit till ökad medvetenhet och förbättrad följsamhet.

Antalet fallavvikelser uppgick till 35. En stor andel av dessa avsåg en och samma boende som föll vid upprepade tillfällen. Händelserna analyserades teambaserat i nära samverkan med anhöriga, och ett flertal förebyggande åtgärder vidtogs, bland annat anpassning av miljö, utökad tillsyn, larm, hjälpmedel och samtal med personal kring bemötande vid kognitiv svikt. Efter genomförda åtgärder minskade antalet fall. Övriga avvikelser, såsom allmän omvårdnad, utebliven SoL-insats samt dokumentation enligt HSL, förekom i mycket begränsad omfattning.

Under hösten 2025 inträffade en allvarlig vårdhändelse där en nyinflyttad boende med diabetes typ 1 drabbades av ketoacidosis och behövde akut sjukhusvård. Händelsen utreddes internt tillsammans med distriktsläkare. Dialog kring händelsen har även skett mellan sjuksköterskan och MAS. Utredningen visade behov av ökad kompetens inom diabetesvård och tydligare kommunikation i omvårdnadsteamet. Åtgärden blev en riktad utbildning av diabetessköterskor från regionen. Samverkan med specialistvård förstärktes genom en kontaktsjuksköterska och vi fick tillgång till ketonmätare i verksamheten. Vidtagna åtgärder bedöms ha minskat risken för upprepning.

Samtliga avvikelser har analyserats vid kvalitetsmöten och lett till förebyggande och korrigerande åtgärder, vilka har återkopplats till personal vid arbetsplatsträffar. Sammantaget bedöms avvikelshanteringen fungera väl och utgöra ett viktigt verktyg i verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Exempel på vidtagna åtgärder gällande läkemedelsavvikelser:

- Samtal med berörd personal
- Diskussion på daglig rapport, kvalitetsmöte, APT
- Påminnelser om gällande rutiner på APT
- Personal återkopplar och uppmärksammar varandra under arbetspasset, påminnelse om signering i APPVA
- Medicin ska alltid ges i den boendes rum
- Medicingivning ska alltid signeras direkt efter att medicinen har givits
- Påminnelse till personal om att alltid kontrollera dospåsen i förhållande till aktuell läkemedelslista.

Exempel på vidtagna åtgärder gällande fall:

- Händelseanalys och åtgärdsförslag diskuteras omgående efter fall på daglig rapport där omvårdnadspersonal och sjuksköterska (ofta också verksamhetschef) deltar
- Utökade/tätare tillsyn
- Rörelselarm i boendes lägenhet
- Riskbedömning
- Ommöblering av boendes lägenhet
- Läkarkontakt/round
- Hjälpmedelsutprovning
- Händelseutredning och åtgärdsgenomgång på kvalitetsmöten samt Hälsokonferens.
- Summering och genomgång på APT

Klagomål och synpunkter

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

Verksamheten har rutiner för att ta emot och hantera klagomål och synpunkter från boende och närstående. Skriftliga synpunkter lämnas via särskild blankett, och vid muntliga klagomål ansvarar personal för att dokumentera dessa.

Inkomna klagomål och synpunkter utreds, analyseras, åtgärdas och besvaras av verksamhetschef. Ärendena analyseras även på kvalitetsmöten i syfte att identifiera orsaker och förbättringsåtgärder. Verksamhetschef ansvarar för återkoppling till den som lämnat synpunkten.

Klagomål av enklare karaktär hanteras skyndsamt av berörd personal, exempelvis kontaktperson eller sjuksköterska, och dokumenteras i patientjournal eller genomförandeplan.

Klagomål som inkommer via Nyköpings kommun, sjukhus, patientnämnd eller Inspektionen för vård och omsorg hanteras och besvaras av verksamhetschef.

Under 2025 inkom fyra skriftliga klagomål av mindre allvarlig karaktär, vilka åtgärdades omgående. En avvikelse inkom från Region Sörmland under året.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Betelhemmet kommer att fortsätta bedriva ett systematiskt förbättringsarbete genom att planera, följa upp, utvärdera och vidta åtgärder för att minska risker och stärka patientsäkerheten.

Följande områden är identifierade som prioriterade utvecklings- och fokusområden:

- dokumentation i Life Care
- Teambaserat arbete i Senior Alert
- Uppdatera/säkerställa kunskap om rutiner för all personal

Verksamheten ska ha beredskap att anpassa hälso- och sjukvården till både kort- och långsiktigt förändrade förutsättningar, med bibehållen kvalitet och säkerhet även vid oväntade händelser.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet påverkas av Betelhemmets övergripande mål samt faktorer som ny lagstiftning, utredningar och föreskrifter.

Övergripande mål	Mål/beskrivning	Hur	Vem
Trygghet och personligt inflytande	Boenderåd ska hållas 2 ggr/termin	-Mötesprotokoll -Antal närvarande	Chef
	Genomförandeplaner revideras 2 ggr/år. Boende (och ev. anhöriga) är delaktiga	-Dokumentation i Life Care. -Sammanställning 2 ggr/år -Utgångspunkt i dagliga rapporter som sammanställs	Omvårdnadspersonal Kontaktperson
	Öppenhet och tydlighet för att skapa trygghet hos de boende och anhöriga	-Enkät -Boenderåd -Informationsbrev till anhöriga från chef	Chef
	Förebygga hot och våld	Stående punkt på APT	All personal samt chef
	Brandövning	Genomgång för all personal	Sörmlandskustens räddningstjänst erbjuder brandövning Chef bokar in tillfälle
	Civil beredskap	Rutin tas fram under året	Träffar tillsammans med andra utövare och intern grupp inklusive chef.
Vårdkvalitet	All personal, inklusive vikarier, ska läsa dokumentation i LifeCare i början av varje arbetspass	-Varje vårdlag läser tillsammans varje morgon -Enkät/självskattning på APT	All omvårdnadspersonal Chef
	Riskbedömning i Senior Alert två gånger per år för alla boende.	Varje kontaktperson initierar och följer upp arbetet. Extra tid avsatt för varje personal. Dokumentation av vidtagna åtgärder kopplade till riskområde.	All kontaktpersonal Sjuksköterska Chef
	Alla avlidna ska registreras i Palliativa registret	-Avstämning i samband med kvalitetsmöte	Sjuksköterska
	All personal och boende ska känna till blanketten ”Synpunkter och klagomål”	-Boenderåd -APT -Anhöriginfo i entrén	Chef
	Alla synpunkter och klagomål ska sammanställas till varje kvalitetsmöte, APT och en årlig sammanställning	Mötesprotokoll från kvalitetsmöte och APT	Chef
	Kvalitetsfrågor på APT varje månad	Stående punkt på dagordningen	Chef

	Rutin för anhörigstöd ska vara känd i hela personalgruppen	APT stående punkt Introduktion för nyanställda Vikariemöte Web-utbildning för nyanställda	Chef
	Samordna teamets olika perspektiv	-Daglig rapport med USK, SSK, -USK/kontaktperson representerad på rond vid behov	All personal
	Säkert användande av medicintekniska produkter	-Ny rutin ska tas fram	Chef, Arbetsterapeut, Fysioterapeut, Sjuksköterska
	Alla lokala rutiner ska revideras under året och ska vara kända i hela personalgruppen	APT Fortlöpande under året	Chef tillsammans med all personal
	Rutinerna för patientsäkerhet ska vara kända av vikarier	Introduktion Vikariemöte Kvalitetsmöte	Chef, ssk, USK som introducerar
	Alla avvikelser ska registreras	Utbildning för alla nyanställda samt för vikarier på vikarieträff	Chef och sjuksköterska
	HLR	Genomgång för all personal årligen	Sörmlandskustens räddningstjänst erbjuder HLR Chef bokar in tillfälle
Adekvat bemanning	Omvårdnadskorten ska vara uppdaterade efter behov och vårdtyngd -anpassa bemanningen efter behov	Avstämning på kvalitetsmöte och APT 1gång/månad Ständigt pågående	Omvårdnadspersonal
	-Utbildad undersköterska prioriteras vid tillsättning av tjänster och vikariat.	Kontinuerligt vid tillsättning Sammanställning vid årets slut	Chef
Bra måltidssituationer	-Mat och måltider stående punkt på boenderåd -Pedagogiska måltider. Minst en personal vid lunch och middag. -Ommöblering i matsalen kontinuerligt efter de boendes behov	-Mötesprotokoll boenderåd -Vikarieträff -Vårdplanering, -kvalitetsmöte - APT	Omvårdnadspersonal inkl. vikarier Kökspersonal Chef