

Patientsäkerhetsberättelse För Betelhemmet Jönåker År 2024



Datum 2025-02-21
Ansvarig för innehållet:
Johanna Olin, Verksamhetschef
och Susanne Hermansson, vikarierande Verksamhetschef

Inledning

Betelhemmet i Jönåker bedriver vård och omsorg för äldre i särskilt boende på uppdrag av Nyköpings Kommun. Betelförsamlingen i Jönåker är huvudman. Betelhemmet består av en enhet och har 16 boendeplatser. I hjärtat av boendet har vi vår välkomnande matsal och köket där alla våra måltider lagas. Vi har en trevlig trädgård med olika tillgängliga promenadslingsor och ett flertal olika uteplatser. Att behandla sin nästa så som man själv vill bli behandlad är utgångspunkten i vårt sätt att bemöta våra boende och en familjär och hemtrevlig känsla genomsyrar vår verksamhet.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Informationssäkerhet	10
Strålskydd	10
En god säkerhetskultur	11
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu	17
Riskhantering	17
Stärka analys, lärande och utveckling	18
Avvikelser	18
Klagomål och synpunkter	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	22

SAMMANFATTNING

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Betelhemmet ska enligt patientsäkerhetslagen varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa mål, strategier, och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Betelhemmets övergripande mål är att de boende ska ges möjlighet att vara aktiva och delaktiga efter sin individuella förmåga. Vi vill främja en öppen kommunikation med våra boende och deras anhöriga, att de alltid ska känna att vi lyssnar och bryr oss om deras åsikter. En hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav i vår verksamhet. En anställd ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges. Näringsriktiga måltider och en bra måltidssituation är en förutsättning för välbefinnande och god hälsa hos de boende.

För att bibehålla den höga andelen nöjda boende på Betelhemmet fortsätter vi att involvera våra boende och deras anhöriga och göra dem delaktiga i beslut som rör dem. Vi upprättar och följer upp genomförandeplaner för att minska riskfaktorer. Vi har återkommande boenderåd där de boende får information och har möjlighet att framföra sina önskemål och åsikter. Under 2024 har de boende erbjudits att svara på två enkäter som rör Betelhemmets verksamhet. Frågorna i enkäterna handlade exempelvis om bemötande, mat och trivsel. Utifrån resultatet av dessa enkäter ses att de boende överlag är mycket nöjda.

Genom väl inarbetade rutiner presenteras återkommande statistik gällande bland annat hantering av läkemedel och fall. Avvikelser analyseras både i små och stora grupper på dagliga avstämningar, kvalitetsmöten, hälsokonferenser och arbetsplatsträffar och förslag på förbättringar tas fram gemensamt.

Totalt sett var antalet avvikelser lågt under 2024. De vanligaste avvikelserna rörde läkemedel och fall. Antalet avvikelser gällande läkemedel var lågt i förhållande till det totala antalet läkemedelsinsatser som utfördes. De flesta avvikelser som rörde läkemedel var kopplade till stress eller slarv. Medicinerna hade givits men personal hade missat signering. Antalet fall minskade under året jämfört med föregående år. Det stora antalet fall skedde under en kort period hos en boende med mycket hög fallrisk.

Samarbetet med rehab-personal fungerar bra och det är positivt att de nu har möjlighet att lägga in träning i APPVA, vilket kommer att fortsätta. En utmaning under det kommande året blir att ge APPVA-behörighet till jour-personal, ett arbete som redan har påbörjats.

Personalen på Betelhemmet har erbjudits olika utbildningar under året. Det handlade om munvårdsutbildning och individuell handledning i dokumentation. Vikarier har vid två tillfällen bjudits in till möte för vikarier, där de både fick del av aktuell information samt möjlighet för frågor och diskussion. Detta uppskattades mycket och kommer att fortsätta under 2025.

Anhörigombuden har varit på träffar med andra anhörigombud i kommunen under året. Betelhemmet har vid ett flertal tillfällen bjudit in anhöriga till olika aktiviteter och festligheter.

Sedan tidigare finns en rutin för skötsel och hantering av medicintekniska produkter. En utförligare rutin kommer att utarbetas under 2025 för att öka säkerheten vid användandet av dessa produkter.

Under 2025 planeras fortbildning i HLR och brand. En ny punkt på APT-möten är diskussion kring Hot och Våld och en intern grupp fortsätter att jobba fram rutiner kring Civil beredskap. Under 2025 kommer ett fokusområde vara att lära alla vikarier avvikelshantering, att upptäcka och identifiera avvikelser samt hur de ska dokumenteras, följas upp och förebyggas. Under 2024 har flera trycksår uppkommit. Med anledning av detta kommer ytterligare ett fokusområde under 2025 vara att utbilda omvårdnadspersonalen i trycksår. Målet är också att involvera den paramedicinska personalen på flera sätt än tidigare när det gäller trycksår.

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 4 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	12 av 16 boende har en uppdaterad genomförandeplan under året. 4 nya har flyttat in under 2024	-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 på förmiddagar har ökat tack vare stadsbidrag. Aktivitets- och trädgårdsansvarig på 75% med hjälp av statsbidrag har gett ökad kvalitet.	-Enkät till varje boende -Boenderåd -Dokumentera genomförda gruppaktiviteter -APT
	Erbjuda flera anhörigträffar under året. -Sommarfest -Julfest Informationsbrev från verksamhetschef till anhöriga vår och höst.	Loppis under våren Julmarknad Brev till anhörig/god man våren och hösten 2024.	-Minnesanteckningar -Antal Närvarande
	Gemensam trädgårdsdag för boende och personal	Besök på Ingvaldstorp inför trädgårdsdagen var uppskattat. Mycket odlingar under sommaren 2024.	-Boenderåd -APT
Hög kvalitet på vården	Alla genomförandeplaner ska revideras minst 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	Nattpersonal upplever problem med Pro Capita nattetid.	Checklista/självskattning
	All personal ska dokumentera varje månad i social dokumentation	Hindrande faktorer: -Vissa upplever osäkerhet gällande dokumentation. -Tidsbrist	Checklista/självskattning Utbildning för både ordinarie personal och vikarier. Individuell handledning har erbjudits.
	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	Två mindre 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
	Alla boende ska ha bedömning i Senior Alert	Alla boende har en registrerad bedömning i Senior alert under 2024 samt en bokad uppföljning.	-2 ggr/år i samband med VPL
	Alla avlidna ska registreras i svenska palliativregistret.	3 av 3 avlidna registrerades under 2024	-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 anhängstöd	Rutinen är framtagen och förankrad i personalgruppen.	-APT
	Alla lokala rutiner ska vara aktuella.	Prioriterade lokala rutiner har uppdaterats och nya har tagits fram.	Uppdatering av 10 rutiner gjordes gemensamt med personal på kick-off-dag. 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.	-Avstämning på morgonmöten, kvalitetsmöten och APT -samt vid behov -ökad vårdtyngd under november/december

	-Utbildad undersköterska prioriteras vid tillsättning av tjänster och vikariat. -Eller vikarie under utbildning till undersköterska	Prioriteras vid varje tillsättning. Finns inte alltid utbildad undersköterska tillgänglig.	-Kontinuerligt vid tillsättning av tjänster
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

Betelhemmets styrelse har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet på Betelhemmet.

Betelförsamlingen i Jönåker, som är huvudman över Betelhemmet, har utsett en styrelse bestående av 6 medlemmar.

Verksamhetschefen är underordnad styrelsen och ansvarar för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för patientsäkerhetsarbetet utifrån gällande lagar, föreskrifter och riktlinjer. Verksamhetschefen ansvarar för att all personal har den kompetens som krävs i omvårdnadsarbetet, att personalen informeras om de brister som kan förekomma samt de resultat som kvalitetsmätningarna ger. Verksamhetschefen har också ansvaret för bemanningen och resursanvändningen så att en trygg och säker vård 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. Sjuksköterskan ansvarar för att tillsammans med verksamhetschefen anmäla händelser gällande Lex Sarah och Lex Maria till MAS i Nyköpings kommun.

Paramedicinsk personal (arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut), som är anställda av Nyköpings Kommun, ansvarar för rehabilitering, bibehållande av funktioner samt kompensation för nedsatta funktioner i form av utprovning av hjälpmedel. Paramedicinsk personal ansvarar även för att rapportera avvikelser och följa upp avvikelser utifrån sina respektive professioner.

Omvårdnadspersonal ansvarar för att utföra vård och omsorg utifrån ett patientsäkert förhållningssätt, där lagar, riktlinjer, föreskrifter och fastställda rutiner ligger till grund.

Omvårdnadspersonal ansvarar för personligt delegerade arbetsuppgifter enligt HSL samt att rapportera avvikelser som inträffar. All omvårdnadspersonal (ej timvikarier) är kontaktperson till minst en boende och ansvarar för uppgifter enligt rutin för kontaktperson.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Inom verksamheten har omvårdnadspersonal, sjuksköterska och verksamhetschef dagligen ett nära samarbete i det vardagliga arbetet. Varje dag finns flera rapporttillfällen och avstämningstillfällen där personalen samlas. Daglig rapportering sker därmed muntligt, men också skriftligt via dokumentation i patientjournal. Andra interna forum där patientsäkerhet behandlas är på kvalitetsmöten varje månad, där omvårdnadspersonal, sjuksköterska och verksamhetschef deltar, arbetsplatsträff en gång i månaden och vårdplanering som hålls 2 gånger per år för varje boende. Till vårdplanering kallas olika yrkeskategorier utifrån den boendes behov, exempelvis arbetsterapeut, sjukgymnast eller läkare.

Arbetsterapeut och sjukgymnast som kommer till Betelhemmet är anställda av Nyköpings Kommun. De samverkar med omvårdnadspersonal och sjuksköterska utifrån de behov som finns just då. Var fjärde vecka hålls en hälsokonferens i samband med APT. Då deltar paramedicinsk personal och träffar hela personalgruppen. Detta är nytt för 2024 och har upplevts mycket positivt av all personal. Vid hälsokonferensen diskuteras exempelvis åtgärder gällande fallprevention och instruktioner, ordinationer och uppföljningar görs av de boendes hälso- och sjukvårdsinsatser.

Avtal finns om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region Sörmland.

Läkarmedverkan innefattar telefonkontakter, patientadministration, besök, handledning av personal, läkemedelsgenomgångar och akuta insatser. Patientansvarig läkare från Bagaregatans vårdcentral har rond varje vecka tillsammans med sjuksköterska. I samband med rond görs läkemedelsgenomgångar och på medicinska grunder görs hembesök av läkare hos de boende. Utöver det görs avstämning mellan läkare och sjuksköterska två gånger per vecka. Tillgång till läkarmedverkan finns dygnet runt.

Helgfria vardagar mellan klockan 7 och 17 är Betelhemmets sjuksköterska i tjänst. All övrig tid finns tillgång till tjänstgörande joursjuksköterska enligt avtal med Nyköpings kommun.

Omvårdnadsansvarig Sjuksköterska lägger upp information på jourlista i Pro Capita angående boende i palliativt skede eller vid hemgång från sjukhus. Joursjuksköterska kan även vara behjälplig vid större daglig såromläggning. Muntlig rapportering sker vid behov.

En hygiensjuksköterska från Region Sörmland delas med de andra kommunerna i Sörmland och kan bland annat erbjuda utbildningar och hygienronder.

Tandvårdsenheten i Region Sörmland har avtal med Nyköpings kommun om munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning om munvård för personal. Betelhemmet får tillgång till detta genom entreprenadavtal med Nyköpings kommun, Vård- och Omsorgsnämnden. Folk tandvården kommer till Betelhemmet för avancerad tandvård. De äldre får själva bestämma vilken utförare de vill ha.

Apoex har avtal med Nyköpings kommun om kvalitetsgranskning av läkemedelshantering samt fortbildning för sjuksköterskor om nyheter inom läkemedelsområdet. Betelhemmet får tillgång till detta genom entreprenadavtal med Nyköpings kommun, Vård- och Omsorgsnämnden.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Verksamheten har lokala rutiner för informationssäkerhet, styrning av behörigheter samt rutiner för åtkomstkontroller.

Inloggning till olika system hanteras av verksamhetschefen som gör alla nybeställningar.

Dokumentation som rör den boendes personliga förhållanden, såsom hälsotillstånd, sjukdomar, eller privata förhållanden dokumenteras i patientjournalen i Pro Capita. För att komma in i Pro Capita måste inloggning ske till Nyköping kommuns server, detta sker med hjälp av SITHS-kort. Vid support gällande Pro Capita är det Nyköpings Kommuns IT-support/DSO IT som kontaktas.

Beställning och användande av SITHS-kort har fungerat tillfredsställande under 2024. Support från Nyköpings kommuns IT-enhet har fungerat bättre under året än tidigare. Inför 2025 förväntas ytterligare en förbättring då Betelhemmet som extern utförare kommer att få låna datorer från Nyköpings Kommun och därmed kommer att logga in direkt i Pro Capita och inte som tidigare via Citrix. Att datorerna då är inventariemärkta ger även samma möjlighet till support från IT-enheten som Nyköpings kommuns utförare.

Nyköpings kommun, Division Social Omsorg tar kontinuerligt fram loggar ur Pro Capita och NPÖ för stickprovskontroll. Stickprovskontroller gjordes 2024 utan anmärkning.

Legitimerad personal skapar signeringslistor i APPVA och inloggning sker med hjälp av SITHS-kort. Digital signering av läkemedel sker i APPVA, i appen MCSS som är installerad i Betelhemmets mobiltelefoner.

Verksamheten anlitar återkommande en extern utförare som ansvarar för generellt dataunderhåll och IT-support som inte har med journalsystemet att göra, exempelvis uppkoppling och nätverk

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 grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Utgångspunkten är att all personal, oavsett yrkeskategori, utbildning eller erfarenhet tillsammans ska verka för att bedriva en säker vård.

För att uppnå detta måste säkerhet och riskhantering vara en del i det dagliga arbetet. På Betelhemmet har omvårdnadspersonal täta avstämningar under arbetspassen, både med varandra men också med sjuksköterska och verksamhetschef. Vi värnar om dessa dagliga reflektionsstunder då händelser kan lyftas i arbetsgruppen redan innan någonting allvarligt inträffar eller innan en händelse växer sig för stor.

All personal uppmanas att rapportera risker och negativa händelser så fort de upptäcks. Vi tar frågor om risker och negativa händelser på allvar genom att ge tid till att reflektera tillsammans vid våra dagliga rapportstunder. Utifrån allvarlighetsgrad tas dessa frågor och händelser också vidare till kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar för ytterligare diskussion och lärande inför framtiden. Risker och händelser rapporteras också som avvikelser i journalsystemet eller enligt intern rutin för avvikelser som rör verksamheten, men som inte rör en specifik boende.

All personal uppmanas också att lyfta frågor och dela fungerande arbetssätt med varandra för ett öppet arbetsklimat. Att ge varandra feedback i det dagliga arbete är något som personalgruppen jobbar med och som kan utvecklas och förbättras. Att lyfta goda exempel för att sprida arbetssätt som fungerar bra uppmuntras i verksamheten.

Arbetsmiljö finns som en stående punkt på arbetsplatsträffarna och frågor gällande arbetsmiljö tas även upp till utredning och diskussion kontinuerligt när behov uppstår. Medarbetarna erbjuds också medarbetarsamtal där fysisk och psykosocial arbetsmiljö lyfts och tas upp till diskussion.



Adekvat kunskap och kompetens

Betelhemmet har en låg personalomsättning och därmed en stabil personalgrupp. Många medarbetare har arbetat i verksamheten under många år och en stor andel av personalstyrkan (12 av 15) är utbildade undersköterskor. De som inte är undersköterskor har många års erfarenhet inom vården.

När nya medarbetare anställs prioriteras undersköterskor i första hand, före personer utan utbildning. Det är dock inte alltid det finns utbildad undersköterska tillgänglig. Vid nyanställning används en checklista för introduktion för att säkerställa att verksamhetens alla processer och system går igenom. Introduktionen anpassas utifrån individuella behov, som exempelvis utbildningsnivå och tidigare erfarenheter och introduktionens längd varierar utifrån individuella behov.

Tack vare kvalitetsmöten varje månad där kvalitetsfrågor och patientsäkerhet diskuteras blir såväl ordinarie som vikarierande personal uppmärksam på att tänka och arbeta utifrån ett kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv. Kvalitetsfrågor är också återkommande på arbetsplatsträffar, där diskuteras tidigare, pågående och kommande förbättringsarbeten så att de blir en naturlig del i verksamheten.



En av undersköterskorna har schema- och vikarieansvar. Det innebär bland annat att ha kunskap om och ta hänsyn till de olika medarbetarnas erfarenhet och kompetens och planera bemanningen så att nya medarbetare i möjligaste mån arbetar tillsammans med erfaren personal. Betelhemmets vårdkultur kan då spridas från ordinarie personal till nyanställda och vikarier.

Kompetensutveckling sker utifrån de behov som är aktuella vid en viss tidpunkt eller period och lyfts fram vid exempelvis medarbetarsamtal och arbetsplatsträffar. Munvårdsutbildningen hösten 2024 var uppskattad bland personal.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vid **ankomstsamtal** när boende flyttar in och vid **individuell vårdplanering** inbjuds boende och närstående att delta i planering av omvårdnaden. Individuella vårdplaneringar hålls två gånger per år för alla våra boende. Då träffas den boende, sjuksköterskan, kontaktpersonen, anhöriga (om den boende önskar det) och vid behov verksamhetschefen. Den boende har möjlighet att berätta om sitt mående, boende och närstående får framföra sina önskemål, förväntningar, synpunkter och involveras i de genomförandeplaner som personalen utarbetar. Genomförandeplanen godkänns av den boende.

Ibland har den boende själv svårt att förmedla sig och då är det bra om närstående som känner den boende väl kan vara med för att se till dennes intressen. De olika professionerna kan sedan föra fram den information de har om den boendes situation utifrån sina kunskapsområden. Boende och närstående informeras om vårt arbete för att förebygga vårdskador, om hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

Boenderåd har hållits vid fyra tillfällen under 2024. Vid boenderåd bjuds de boende in till ett möte tillsammans med verksamhetschefen och representanter för omvårdnadspersonalen. Där informeras om vad som är på gång i verksamheten och olika frågor tas upp till diskussion i grupp. De boende har då möjlighet att framföra förslag, frågor, synpunkter och klagomål gällande exempelvis maten, aktiviteter eller boendemiljön. De boende har möjlighet att diskutera och dela sina tankar och erfarenheter med varandra. Merparten av de boende deltog i mötena och det var givande diskussioner. Frågor och förslag framkom som sedan har tagits tillvara i den fortsatta planeringen och genomförandet i verksamheten.

Årligen genomförs en **brukarenkät** av socialstyrelsen med frågor om vad de boende tycker om äldreomsorgen. Resultatet av denna undersökning får verksamheten sedan del av och vi utgår från det i vår verksamhetsplanering på en mer generell nivå. Vi delade under 2024 även ut en enkät som vi har tagit fram själva. Syftet även med denna enkät var att få fram åsikter som vi kan använda för att arbeta vidare med vårt kvalitets- och utvecklingsarbete. Båda dessa enkäter visade att de boende är mycket nöjda med sitt boende på Betelhemmet.

Omvårdnadspersonalen som arbetar nära de boende gör också hela tiden **observationer i det dagliga arbetet**. De ser reaktioner hos de boende som kanske inte har framkommit på annat sätt. Detta kan också bli en utgångspunkt för samtal med den boende om dennes upplevelser och önskningar som också kan användas vid planering av vården och utformning av genomförandeplanen.



Betelhemmets vård ska präglas av trygghet för våra boende och deras närstående. En del av tryggheten består i att de vet att deras åsikter och klagomål är välkomna och att det är ett viktigt instrument i vårt kvalitetssäkringsarbete. När en boende eller närstående vill framföra ett klagomål eller en synpunkt ska vi tillhandahålla en för ändamålet särskild blankett. Om en boende eller närstående endast vill lämna en muntlig synpunkt eller klagomål ska personalen ta emot synpunkten eller klagomålet och fylla i blanketten. Blanketten finns tillgänglig i Betelhemmets entré där det finns en tavla med information för anhöriga och besökare.

Klagomål eller synpunkter som inkommer utreds, analyseras, åtgärdas och besvaras av verksamhetschefen. Ett förbättringsområde är att ytterligare synliggöra och informera om blanketten ”synpunkter och klagomål”, informera om den på APT och boenderåd samt att vid behov hjälpa den boende att fylla i blanketten.

Verksamhetschefen skickar flera gånger per termin ut brev/mail till närstående med allmän information om det som är aktuellt i verksamheten. I den mån den boende och de närstående önskar finns också möjlighet till en individuell kontakt med kontaktperson, sjuksköterska och verksamhetschef utifrån de behov som finns, t.ex. via mail, sms, telefonsamtal eller samtal vid besök. Vi värnar om en öppenhet och en nära kontakt med 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 2024	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	3 fördjupade läkemedelsgenomgångar genomfördes under 2024	Rond med läkare	Identifiera behov och erbjuda till de som behöver
Hygienrond	Ingen vårdrelaterad infektion	Ingen genomförd hygienrond 2024, men inplanerad januari 2025	Region Sörmland Självskattning Hygienombud observation enl. checklista	Återkoppling till personalgruppen på kvalitetsmöte och APT.
Patientsäkerhetsdialoger	2 gång per år	Målet uppnått	Vårdplanering	Genomförs med kontaktperson, sjuksköterska och boende/anhörig

Avvikelser	1 gång/månad	Har sammanställts inför varje APT	Avvikelsehanteringssystemet	Diskussion och återkoppling på kvalitetsmöte och APT
Trycksår	Riskbedömning var 3:e vecka 2ggr/år	2 sår uppstått under 2024.	Hälsokonferens Riskbedömning i samband med vårdplanering	Omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast bedriver ett förebyggande arbete identifierar tidiga tecken och åtgärdar omgående.
Fallrisk	Riskbedömning var 3:e vecka 1 gång/månad 2 ggr/år 2ggr/år	Antalet fall har minskat under 2024.	Hälsokonferens Kvalitetsmöte Vårdplanering Riskbedömning 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	Ett skriftligt klagomål har inkommit under 2024.	Vårdplanering Boenderåd Anhörigkontakt, 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	4ggr/år (oftare vid behov)	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 2024	Mas begär in journalgranskning	Önskvärt att bli granskad av kollega för ökat lärande och bättre bli uppmärksammas på ev. brister
Narkotikaklassade preparat	12 gånger per år	Granskat av apotekare utan anmärkning.	Kontrollräkning görs av sjuksköterska och verksamhetschef	Utfört enligt rutin.
Läkemedelsgranskning	1 gång per år	Genomfört med apotekare utan anmärkning.	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 skriva avvikelser då de upplever risker i patientsäkerhet eller brister i vården. Sjuksköterskan och verksamhetschefen bedömer alla inkomna avvikelser inklusive klagomål.

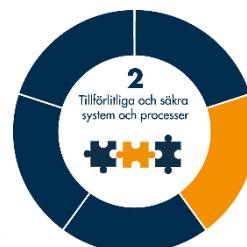


Alla avvikelser utreds mer eller mindre beroende på allvarlighetsgrad. Allvarliga eller vanligt förekommande avvikelser redovisas och tas upp till diskussion på kvalitetsmötet som hålls en gång i månaden. På mötet diskuteras hur avvikelserna ska hanteras och åtgärder tas fram för att undvika att händelsen upprepas. Resultatet presenteras sedan på arbetsplatsträff så att all personal får kännedom och kan vara delaktiga i att förbättra patientsäkerheten. Under 2024 inträffade en händelse som ledde till en mindre vårdskada.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Avvikelsehantering

Betelhemmet har en väl inarbetad avvikelsehanteringsprocess. Ordinarie personal har kunskap om att rapportera händelser och avvikelser i Pro Capita och dessa utreds och följs upp återkommande på kvalitetsmöte. Ett mål inför 2025 är att se till att timvikarier får kunskap om att upptäcka och identifiera avvikelser samt hur de ska dokumenteras, följas upp och förebyggas. Detta kommer att tas upp på vikarie-träffar som planeras en gång per termin.



Alla brutna dospåsar sparas i en särskild behållare i anslutning till medicinskåpet hos varje boende. Syftet är att öka säkerheten genom att lättare kunna följa upp ej givna och ej signerade läkemedel. Det ger även en trygghet för den personal som har gett läkemedel att lättare kunna gå tillbaka om något behöver kontrolleras i efterhand. Det skyddar även integriteten för varje boende då påsar med personuppgifter inte slängs i vanliga soppsåsar på boendet. Att de brutna dospåsarna sparas är en hjälp vid utredning av avvikelser.

Hygienrutiner

Hygienrutiner finns sedan tidigare gällande exempelvis basal hygien och hygien vid smittor. En rutin finns också för egenkontroll gällande hygien som innefattar hygienrond och självskattning gällande hygien. Rutinen tydliggör exempelvis vilka egenkontroller som ska genomföras och hur ofta. Hygienlådor för

användning vid misstänkt eller bekräftad smitta finns färdiga. Dessa tas fram vid behov och innehåller bland annat skyddsutrustning som behövs vid olika typer av utbrott.

Medicintekniska produkter

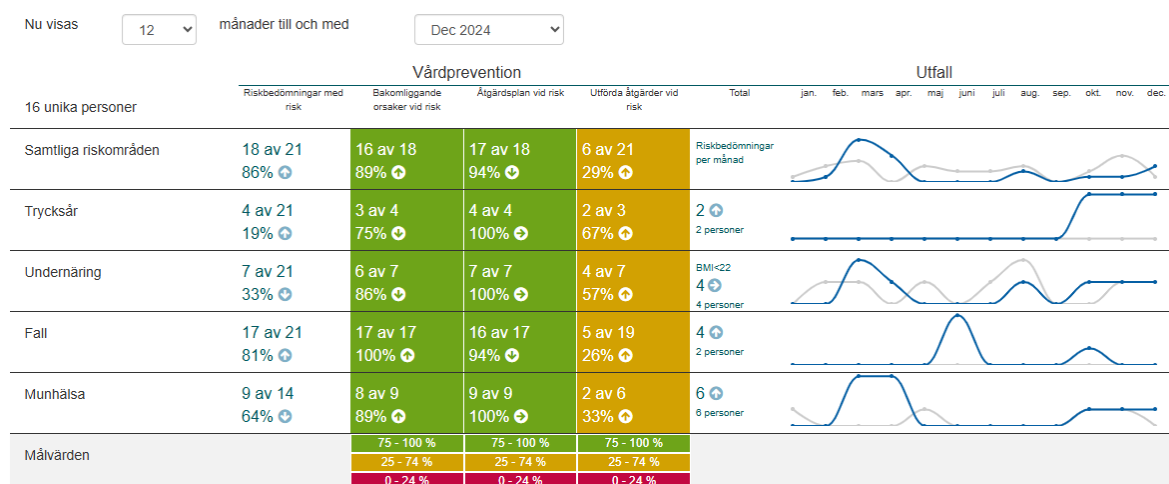
Medicintekniska produkter (MTP) kan vara exempelvis rullstol, lyft, rollator och blodtrycksmätare. Arbetsterapeut och sjukgymnast förskriver flertalet av dessa hjälpmedel. Innan dessa tas i bruk sker en individuell utprovning av förskrivaren. Omvårdnadspersonalen får information och instruktioner om handhavande av hjälpmedlet. Sedan tidigare finns en rutin för skötsel och hantering av hjälpmedel. En utförligare rutin gällande MTP kommer att utarbetas under 2025 för att öka säkerheten vid användande av dessa produkter.

HALT

Svenska HALT är ett verktyg för mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Mätningen påbörjades under hösten 2024 men blev inte avslutad för alla boende. På grund av detta har inte någon sammanställning av antibiotikaanvändning på Betelhemmet kunnat genomföras.

Senior Alert

Alla boende på Betelhemmet har två gånger per år en genomförd riskbedömning. Om risker upptäcks i riskbedömningen görs en teambaserad utredning av bakomliggande orsaker samt vilka åtgärder som kan vara lämpliga utifrån behov. Det efterföljande arbetet innebär att vi samlar hela teamet för att sätta in individuella åtgärder. Teamet består av sjukgymnast, arbetsterapeut, kontaktperson, kökspersonal, dietist, PAL eller andra specialister. Samtal om risker, orsaker och åtgärder diskuteras på hälsokonferens varje månad när hela personalgruppen är samlad. Respektive kontaktperson ska göra munhalsobedömning 2 ggr/år och all personal inklusive vikarier har fått utbildning i detta av tandhygienist under 2024.



Alla 16 boende har registrerats och följts upp i Senior Alert 2024 (se tabell). Den individuella kartläggningen har fungerat bra. Vi ser att dokumentationen kan förbättras kring insatta åtgärder för respektive riskområde. Målsättningen inför 2025 är att respektive kontaktperson initierar arbetet i Senior

Alert och fortsätter att göra munhälsobedömningar. En ytterligare målsättning är att sjuksköterska tar kontakt med Senior Alert för utökad kunskap om arbetet i registret.

Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede har varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut. Registrering sker inom sju områden. Samtliga avlidna under 2024 är registrerade i palliativa registret.

Betelhemmet har valt att inte använda anhörigenkäten i palliativa registret. Efterföljande samtal med anhöriga erbjuds av sjuksköterska.

APPVA

I samband med digital signering underlättas uppföljning genom egenkontroll. I APPVA registrerades totalt **85 866** insatser under 2024. Insatser är allt man kan signera i APPVA som utförda åtgärder, t ex läkemedelsutdelning, såromläggning, tillsynsbesök, extra näring, träning, stödstrumpor, lägesändring, blodsockerkontroll mm. 98 % av insatserna är signerade, vilket är ett mycket fint resultat. 85 % av alla insatser utfördes i tid enligt ordination, vilket innebär att 72 986 insatser utfördes utan anmärkning. Av de 15 % som inte utfördes i tid var avvikelser i tid i genomsnitt 13 minuter.

Ett mål inför 2024 var att ta bort SOL-insatser i APPVA så långt det var möjligt. Detta är ett pågående arbete. Varje kontaktperson har fått i uppdrag att gå igenom alla insatser tillsammans med sjuksköterskan och ta bort de insatser som inte är nödvändiga att signera. Syftet med detta är att öka omvårdnadspersonalens självständighet och flexibilitet.

Under 2024 har även arbetsterapeuter och fysioterapeuter fått tillgång till APPVA vilket underlättar genomförande och uppföljning av de paramedicinska insatserna samt är positivt för samarbetet mellan de olika professionerna. Även MAS/MAR har nu tillgång till APPVA.

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 2024 har flera trycksår uppkommit. Med anledning av detta kommer ett fokusområde under 2025 vara att utbilda omvårdnadspersonalen i trycksår. Den paramedicinska personalens kunskap



angående hjälpmedel kommer att tas tillvara. Vi behöver även utföra märkning av hjälpmedel och påminna varandra angående kontroll och användning av dessa. Hos de boende som har risk för trycksår skapas åtgärder som daglig hudkontroll. Ytterligare förbättringar är även att bjuda in paramedicinsk personal till veckoronden med läkare minst en gång per termin.

Kunskap om genomförandeplaner har blivit bättre men tidsplanen följs inte. Omvårdnadspersonalen har behov av en praktisk och konkret utbildning för att bli säkrare när det gäller exempelvis sökord och var olika uppgifter ska skrivas in. För många i personalgruppen fungerar skrivandet av genomförandeplaner bra, medan andra fortfarande känner sig osäkra. Det har erbjudits individuell handledning under 2024 men alla har inte nyttjat den möjligheten.

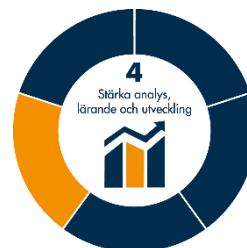
Inloggning i verksamhetssystemet Pro Capita fungerar inte alltid tillfredsställande. Ofta är det uppkopplingen mot Citrix som inte fungerar. Beställning av SITHS-kort har fungerat tillfredsställande och upplevelsen är även att support från Nyköpings kommuns IT-enhet har fungerat bättre under året. Inför 2025 förväntas en förbättring då möjligheten finns för externa utförare att låna datorer från Nyköpings Kommun och då finns även samma möjlighet till support från IT-enheten som Nyköpings kommunala utförare.

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 avvikelserapporter med syfte att förbättra patientsäkerheten. Alla avvikelser skrivs in i journalsystemet av den personal som upptäcker avvikelserna. Sjuksköterskan tar emot och analyserar alla avvikelser skyndsamt. Alla avvikelser utreds mer eller mindre beroende på allvarlighetsgrad.



Verksamhetschefen sammanställer alla avvikelser varje månad för statistik och analys av innehållet. Varje månad hålls ett kvalitetsmöte där allvarigare avvikelser, vanligen förekommande avvikelser och fall diskuteras. Personal får möjlighet att själva komma med förslag till tänkbara åtgärder. Resultatet från kvalitetsmötet tas upp på arbetsplatsträff varje månad så att alla i hela personalgruppen får samtidigt information om åtgärder och planer. Detta leder även till samstämmighet i förbättringsarbete och förändringsåtgärder. Olika förändringsåtgärder behöver mer eller mindre tid att implementera. Avvikelse rapport är ofta det första steget i en förändringsprocess. Kvalitetsmöten under oktober till december 2024 uteblev på grund av hög vårdtyngd men avvikelser togs däremot upp på APT.

Om avvikelserna innehåller ett ärende kopplat till verksamheten men inte till någon speciell boende, eller ärende kopplat till förbättringsarbete finns en speciell blankett som fylls i och lämnas till verksamhetschefen.

De vanligaste avvikelserna som har inträffat under 2024 gäller läkemedel och fall. Utredning görs kontinuerligt tillsammans med hela personalgruppen. Olika orsaker till missade signeringar har identifierats, exempelvis stress eller att man blir avbruten av larm. I perioder ses en ökad frekvens av

missade signeringar framförallt hos vissa boende med ökad vårdtyngd där fler risker att distraheras tillkommer. Utifrån de olika orsaker som framkom har arbetet att ta fram åtgärder fortsatt.

Avvikelser rapporterade i Pro Capita 2024:

Avvikelse	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Tot.
Läkemedel	9	10	5	9	5	11	8	23	12	9	4	5	110
Fall	14	5				3				2	1	1	26
Allmän omvårdnad		1						1					2
Specifik omvårdnad/rehab								1				1	2

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

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

Totalt sett är antalet avvikelser väldigt lågt i förhållande till hur många insatser som har utförts. Antalet avvikelser gällande läkemedel har ökat något jämfört med föregående år. Det är ingen stor ökning och med tanke på det totala antalet läkemedelsinsatser är 110 avvikelser ett fantastiskt bra resultat.

De flesta avvikelser som rör läkemedel är kopplade till stress eller slarv. Medicinerna har givits med personal har missat signering. Ibland ses en tablett kvar i dospåse eller en tablett hittas på golvet. Sjuksköterskan har under året arbetat med snabb uppföljning av läkemedelsavvikelser och kontakt har tagits med berörd personal i samband med dessa avvikelser.

Det stora antalet fall skedde under januari hos en boende. Där pågick diskussion inom teamet och tillsammans med anhöriga angående åtgärder för att förebygga ytterligare fall. Det rörde lämpliga skor, halkskydd, larmklockans placering och golvlarm. Antalet tillsynser utökades och samtal fördes med personal angående bemötande vid kognitiv svikt.

En avvikelse som rörde specifik omvårdnad innebar att en omvårdnadspersonal felaktigt använde lyft på egen hand trots tydliga instruktioner om dubbelbemanning och en mindre vårdskada uppstod till följd av detta. Uppföljande samtal togs med berörd personal av både sjuksköterska och chef.

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/rond
- Hjälpmiddelsutprovning
- Händelseutredning och åtgärds genomgång på kvalitetsmöten samt Hälsokonferens.
- Summering och genomgång på APT
- Inköp av trådlös kamera
- Inköp av fallskyddsmatta

Klagomål och synpunkter

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

När en boende eller närstående vill framföra ett klagomål eller en synpunkt ska vi tillhandahålla en för ändamålet särskild blankett. Om en boende eller närstående endast vill lämna en muntlig synpunkt eller klagomål ska personalen ta emot synpunkten eller klagomålet och fylla i blanketten.

Klagomål eller synpunkter som inkommer utreds, analyseras, åtgärdas och besvaras av verksamhetschef. Klagomål eller synpunkter analyseras och diskuteras också på kvalitetsmöten för att gemensamt komma fram till orsaker och förbättringsförslag. Verksamhetschef ansvarar för att återkoppla till den som har lämnat in synpunkten eller klagomålet.

Klagomål, synpunkter eller önskemål av enklare karaktär tas emot och åtgärder påbörjas omedelbart av berörd personal, exempelvis kontaktperson eller sjuksköterska och åtgärder dokumenteras i patientjournal eller genomförandeplan.

Klagomål som inkommer via Nyköpings Kommun, från sjukhus, patientnämnd eller Inspektionen för vård och omsorg tas emot, utreds, åtgärdas och besvaras av verksamhetschef som återkopplar till berörd enhet.

Ett skriftligt klagomål har inkommit under 2024. Det har inte framförts några större klagomål eller synpunkter under året. Synpunkter av mindre allvarlig karaktär/önskemål har tagits emot och åtgärdats i direkt anslutning till att de framförts. Behov finns av att återigen lyfta fram blanketten för boendets personal så att den inte glöms bort, att presentera den för de boende på varje boenderåd under 2025 samt att därefter sammanställa inkomna klagomål såsom det gjorts tidigare.

Det har inkommit ett klagomål från Region Sörmland.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Betelhemmet kommer att fortsätta med att planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

De viktigaste identifierade områdena som vi vill fortsätta att fokusera på eller utveckla inom vår verksamhet:

- Dokumentation i Pro Capita. Utbildning gällande avvikeleregistrering för vikarier.
- Läkemedelshantering. Fortsatt fokus.
- Palliativ vård. Fortsätta ta tillvara specialistkunskap som finns i verksamheten. Erbjuder ny personal att genomgå web-utbildning inom palliativ vård.
- Förebygga fall
- Öka kunskapen om trycksår i personalgruppen



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.

Arbetsgruppen för palliativ vård har tagit fram en blankett för vårdarbete i livets slutskede. Denna blankett är nu implementerad och ska användas fortsättningsvis.

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 Pro Capita. -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 -Anhörigstöd stående punkt på APT	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 Pro Capita i början av varje arbetspass	-Varje vårdlag läser tillsammans varje morgon -Enkät/självskattning på APT	All omvårdnadspersonal 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
	Alla boende ska ha bedömning i Senior Alert	2 ggr/år i samband med VPL	Sjuksköterska Kontaktperson
	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	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	APT Fortlöpande under året	Chef tillsammans med all personal
	Alla avvikelser ska registreras	Utbildning för alla vikarier på vikarieträff	Chef och sjuksköterska
	Öka kunskap om trycksår	Utbildning Involvera paramedicin i bedömningar, diskussioner och handledning	Chef och sjuksköterska Chef och sjuksköterska
	HLR	Genomgång för all personal	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