

# Patientsäkerhetsberättelse För Betelhemmet Jönåker År 2022



## Inledning

Betelhemmet i Jönåker är en stiftelse som 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 promenadslingor 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.....	16
Riskhantering.....	16
Stärka analys, lärande och utveckling .....	18
Avvikelse .....	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. 2022 har de boende haft möjlighet att besvara två olika enkäter med frågor som rör exempelvis bemötande, mat och trivsel.

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

Under hösten 2022 anställdes en undersköterska på 50% med hjälp av statsbidrag för att arbeta som aktivitetsansvarig. Syftet var att ha tid att ta fram material för aktiviteter, hålla i aktiviteter individuellt och i grupp samt att stötta kollegor som känner sig osäkra när det gäller att planera och hålla i aktiviteter. Detta medförde extra kvalitet för de boende och var mycket uppskattat. En vinst blev även att fler personal än tidigare har börjat att hålla i gruppaktiviteter.

Arbetet med att utveckla vår trädgård har fortsatt, något som både boende och personal är involverade i och uppskattar. Detta arbete kommer att fortsätta även under kommande år. Under våren 2023 kommer det att bli invigning av dammen i trädgården och det nybyggda inglasade uterummet.

Anhörigombuden har varit på träff och föreläsning under året och det har återigen varit möjligt att bjuda in anhöriga till festligheter vid flera tillfällen. Detta har varit saknat under de senaste åren och extra roligt nu när det återigen var möjligt att genomföra.

Inför 2022 fanns behov av kompetensutveckling inom flera områden. Vid olika tillfällen hölls därför utbildning/handledning inom demens, sårvård och taktil stimulering. Tre av undersköterskorna har under våren studerat till specialistundersköterskor med inriktning mot palliativ vård. Under kommande år kommer vi i verksamheten att fördjupa oss inom palliativ vård med utgångspunkt i de kunskaper som dessa undersköterskor har tillägnat sig.

Pandemin har inte påverkat verksamheten i lika stor utsträckning under 2022 som under de två föregående åren. I perioder har dock beredskapen fått höjas för att minska risken för smittspridning och

sjukfrånvaron bland personalen har flera perioder varit hög. Bland de boende har endast ett fåtal varit sjuka under året vilket tyder på väl fungerande rutiner när det gäller hygien och smittskydd.

Sammanfattningsvis har Betelhemmet ett väl fungerande arbetssätt och rutiner som bidrar till att verksamheten uppnår en hög patientsäkerhet och kvalitet. De boende har tillfrågats i flera olika enkäter under året och resultaten visar att de boende är mycket nöjda med sitt boende på Betelhemmet.

# 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
<b>Nöjda och aktiva boende</b>	Boenderåd ska hållas 2 ggr/termin	Boenderåd har hållits 3 ggr under året. De boende är i högre grad än tidigare 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. Häften av de boende (8 nya boende) har flyttat in under 2022	-Dokumentation i Pro Capita -Sammanställning 2 ggr/år
	Fortsatt förbättringsarbete gällande aktiviteter, 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 både på förmiddagar och eftermiddagar i högre utsträckning. Fler personal håller i aktiviteter. Aktivitetsansvarig 50% med hjälp av statsbidrag har gett ökad kvalitet.	-Enkät till varje boende -Boenderåd -Dokumentera genomförda gruppaktiviteter -APT
	Återuppta anhörigträffar (Om möjligt) -Informationsträff -Sommarfest -Julfest	En höstfest och en julmarknad hölls under året.	-Minnesanteckningar -Antal Närvarande
	Fortsatt förbättringsarbete gällande trädgården -Göra studiebesök i ”Sinnenas trädgård” -Gemensam trädgårdsdag för	Utveckling av trädgården har fortsatt: Byggnation av inglasat uterum, soltak över balkongen, odlingslådor har flyttats. Trädgården har fått en damm med nya växter runtomkring.	-Boenderåd -APT

	boende och personal		
<b>Hög kvalitet på vården</b>	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	Återkommande problem med SITHS-kort hindrar.	Checklista/självskattning
	All personal ska dokumentera varje månad i social dokumentation	Hindrande faktorer: -Vissa upplever osäkerhet gällande dokumentation. -Problem med SITHS-kort -Tidsbrist	Checklista/självskattning  Utbildning för både ordinarie personal och vikarier.
	All personal och boende ska känna till blanketten ”Synpunkter och klagomål”	Behöver synliggöras på ett bättre sätt.	-Boenderåd -APT -Info till anhöriga/besökare i entrén.
	Alla synpunkter och klagomål ska sammanställas till varje kvalitetsmöte, APT och en årlig sammanställning	Synpunkter och klagomål har presenterats på kvalitetsmöte och APT i samband med händelsen.	-Mötesprotokoll från kvalitetsmöte och APT
	Alla boende ska ha bedömning i Senior Alert	Alla boende har 2 bedömningar registrerade under 2022 och har även pågående uppföljningar.	-2 ggr/år i samband med VPL
	Alla avlidna ska registreras i svenska palliativregistret.	6 av 8 avlidna registrerades under 2022. Möjlig orsak att de två missades under sommaren då ordinarie sjuksköterska hade semester.	-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
	Kvalitetsfrågor på APT varje månad	Finns stående punkt	-Kvalitetsfrågor från kvalitetsmötet tas upp
	Det ska finnas rutiner för anhörigstöd -arbetsgrupp är tillsatt	Rutinen är framtagen och förankrad i personalgruppen.	-APT

	Alla lokala rutiner ska vara aktuella.	Prioriterade lokala rutiner har uppdaterats och nya har tagits fram.	Genomgång av alla rutiner behöver göras kommande år.
<b>Rätt bemanning</b>	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
	-Utbildad undersköterska prioriteras vid tillsättning av tjänster och vikariat.	Prioriteras vid varje tillsättning. Finns inte alltid utbildad undersköterska tillgänglig.	-Kontinuerligt vid tillsättning av tjänster -Sammanställning vid årets slut
<b>Bra måltidssituationer</b>	-Mat/måltider stående punkt på boenderåd -Återuppta 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. Pedagogiska måltider ännu inte möjliga p.g.a. pandemin med smittskyddsåtgärder. Ommöblering/omplacering har gjorts vid behov.	-I samband med boenderåd -Checklista  -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 stiftelsen 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 sinarespektive 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. Är ansvarig 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, läkare, eller tandhygienist.

Arbetsterapeut och sjukgymnast kommer till Betelhemmet varje vecka. De samverkar med omvårdnadspersonal och sjuksköterska utifrån de behov som finns just då. Var tredje vecka hålls en hälsokonferens då paramedicinsk personal deltar tillsammans med omvårdnadspersonal, sjuksköterska och vid behov verksamhetschef. 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 minst en gång 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.

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. Folktandvården eller Oral Care kommer till Betelhemmet för avancerad tandvård. De äldre får själva bestämma vilken utförare de vill ha.

Kronans Apotek 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 ProCapita 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 som kontaktas.

Under 2022 har det i perioder varit problem med att få SITHS-korten att fungera när nya kort har hämtats ut samt att befintliga SITHS-kort plötsligt har slutat att fungera. Det har varit bristfällig support vid kontakt med Nyköpings Kommuns IT-enhet och vid många tillfällen har det tagit lång tid att få fungerande kort. På grund av begränsade tider för utlämning av nya kort har det också ibland tagit lång tid innan personal har haft möjlighet att hämta ut nya kort. Dessa problem innebär en allvarlig risk för patientsäkerheten. Kontakt har tagits med IT-enheten i Nyköpings Kommun vid ett flertal tillfällen, men det har varit svårt att hitta någon lösning på dessa problem. Inför 2023 har ett samarbete med IT-enheten påbörjats för att på ett bättre sätt kunna lösa problem som har med SITHS-kort att göra.

Nyköpings kommun, Division Social Omsorg tar kontinuerligt fram loggar ur Pro Capita och NPÖ för stickprovskontroll. Stickprovskontroller gjordes 2022 utan anmärkning.

Digital signering av läkemedel sker i APPVA. Inloggning i APPVA sker med hjälp av SITHS-kort.

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 fortsättningen. 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 (13 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 uppmärksammade 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 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. Under pandemin har det varit begränsade möjligheter att delta i kurser och utbildningar externt. Med anledning av detta har flera utbildningstillfällen genomförts inom den egna verksamheten, exempelvis inom demens och sårvård. Efter flera år med pandemi finns nu ett sug efter kompetensutveckling för att få ny energi och inspiration i verksamheten.

## 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 tre tillfällen under 2022. 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. Under 2022 var de boende aktiva i högra utsträckning än tidigare år under boenderåden. 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 2022 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 önskingar 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.

Klagomål eller synpunkter som inkommer utreds, analyseras, åtgärdas och besvaras av verksamhetschefen. 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 2022	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 genomförda under 2022	Rond med läkare	Identifiera behov och erbjuda till de som behöver
Hygienrond	Ingen vårdrelaterad infektion	1 gång under 2022 men utan medverkan av hygiensjuksköterska.	Region Sörmland Självskattning Hygienombud observation enl. checklista	Återkoppling till personalgruppen på kvalitetsmöte och APT.  Efterfråga medverkan av hygiensjuksköterska från Region Sörmland under 2023.
Patientsäkerhetsdialoger	2 gång per år	Målet uppnått	Vårdplanering	Genomförs med kontaktperson, sjuksköterska och boende/anhörig

Avvikelser	12 gånger per år	Har sammanställts inför varje APT	Avvikelsehanteringssystemet	Diskussion och återkoppling på kvalitetsmöte och APT
Trycksår	Riskbedömning var 3:e vecka 2ggr/år	1 sår uppstått under 2022 men oklart om det är ett trycksår.	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 ökat under 2022 Men relaterat till ett fåtal boende med hög fallrisk.	Hälsokonferens Kvalitetsmöte Vårdplanering Riskbedömning i samband med vårdplanering	Ökning av fall relaterat till försämrad funktionsförmåga och ökad sjukdom.
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år 4 ggr/år Vid behov	Inkomna klagomål och rutiner har följts upp enligt rutin.	Vårdplanering Boenderåd Anhörigkontakt, personliga möten, telefonsamtal	Redovisning och diskussion på kvalitetsmöte och APT leder till lärande, ökad kvalitet och ibland uppdatering av lokala rutiner.
Doskontroll	Var 14:e dag	Är utförd vid varje leverans under året	Enligt rutin för sjuksköterska	Utförs i samband med läkemedelsleverans.
Läkemedelshandling	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 som bedömer behovet	Pro Capita	Hälsoplaner revideras vid skiftande status. Är en flexibel planering som ligger till grund för omvårdnaden.
Journalgranskning	1 gång/år	5 journaler granskades under 2022	Mas begär in journalgranskning	Önskvärt att bli granskad av kollega för ökat lärande och bättre bli uppmärksam på ev. brister
Narkotikaklassade preparat	12 gånger per år	Granskat av apotekare utan anmärkning.	Kontrollräkning görs av sjuksköterska och	Utfört enligt rutin.

			verksamhet schef	
Läkemedelsgranskning	1 gång per år	Genomfört med apotekare med gott resultat.	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.
Utökade hygienrutiner i samband med Covid-19	Varje natt	Väl fungerande, utfört enligt checklista.	Ytdesinficering enligt checklista	Genomfördes vid förhöjd risk under året.

## 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 avvikelser 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 2022 inträffade en händelse, där en mobil hygienstol välte, vilket ledde till en vårdskada. Händelsen utreddes på enheten med berörd personal, sjuksköterska, arbetsterapeut samt verksamhetschef och kontakt togs med MAS. Utredningen utmynnade sedan i ett framtagande av checklista för att minska risken för att en liknande händelse ska inträffa igen.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

### Avvikelsehantering

Betelhemmet har en väl inarbetad avvikelsehanteringsprocess. Personal har kunskap om att rapportera händelser och avvikelser i Pro Capita och dessa utreds och följs upp återkommande på kvalitetsmöte.



En förbättring som genomförts under 2022 är införandet av en ny rutin gällande brutna dospåsar för läkemedel. 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 soppåsar på boendet. Ett lärande utifrån denna nya rutin är att vi har kunnat utreda avvikelser som tidigare inte hade kunnat utredas.

### Hygienrutiner

Hygienrutiner finns sedan tidigare gällande exempelvis basal hygien och hygien vid smittor. En rutin finns också för egenkontroll gällande hygien som exempelvis 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 utbrott av exempelvis magsjuka eller Covid -19.

### 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. Åtgärdsplanerna följs upp senast tre månader efter genomförd riskbedömning. Bakomliggande orsaker vid risk identifierades och åtgärdsplan och utfärdades där risk förelåg.

### 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.

### APPVA

I samband med digital signering underlättas uppföljning genom egenkontroll. I APPVA registrerades totalt **77 992** insatser under 2022. Insatser är allt man kan signera i APPVA som utförda åtgärder, t ex läkemedelsutdelning, såromläggning, tillsynsbesök, extra näring, träning, stödstrumpor, lägesändring, blodsockerkontroll mm. 99% av insatserna är signerade, vilket är ett mycket fint resultat. 87 % av alla insatser utfördes i tid enligt ordination, vilket innebär att 67 853 insatser utfördes utan anmärkning. Av de 13 % som inte utfördes i tid var avvikelser i tid i genomsnitt endast 7 minuter. Merparten av de ej signerade insatserna är SOL-insatser som är inaktuella. Detta är ett område att förbättra, att ej aktuella SOL-insatser ska tas bort ur 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 inflytt och sedan återkommande vid hälsokonferenser och vårdplaneringar. Varje boende bedöms avseende risk för fall, undernäring, trycksår och munhälsa.

Under 2022 framkom följande risker som de viktigaste att fokusera på:

- Läkemedelsavvikelser
- Missad eller bristfällig dokumentation
- Smittspridning av Covid-19

Precis som föregående år har vi ett lågt antal läkemedelsavvikelser. Vi har stor hjälp av APPVA där vi signerar givna läkemedel digitalt. Vi tog fram statistik varje månad och jämförde resultatet från månad till månad. Vi analyserade resultatet tillsammans på APT och kom fram till åtgärder för att minska riskerna att för ytterligare läkemedelsavvikelser. Tack vare en återkommande diskussion kring läkemedelshantering och en tidig kontakt med berörd personal vid avvikelser fortsätter vi att bibehålla ett lågt antal läkemedelsavvikelser.

Gällande dokumentation har arbetet fortsatt enligt tidigare genomförda riskanalyser och uppsatta mål. All fast personal dokumenterar avvikelser i journalsystemet. Fortfarande är genomförandeplaner ett förbättringsområde. För många i personalgruppen fungerar skrivandet av genomförandeplaner bra, medan andra fortfarande känner sig osäkra, önskar mer utbildning och mer tid för dokumentation då det tar längre tid att skriva när man känner sig osäker. Därmed behöver vi fortsätta att fokusera på dokumentation även kommande år. Glädjande är att flera vikarier nu har förbättrat sina kunskaper gällande dokumentation och nu dokumenterar i högre utsträckning än tidigare.

Inloggning i verksamhetssystemet Pro Capita har fungerat bättre under 2022 än under föregående år. I perioder har dock SITHS-kort som inte fungerat varit ett hinder och en risk för patientsäkerheten. Kontakt med Nyköpings Kommuns IT-enhet har tagits återigen och inför 2023 planeras ett utökat samarbete för att minska riskerna för störning när det gäller inloggning i Pro Capita och tillgång till fungerande SITHS-kort.

I flera perioder under året har beredskapen fått höjas för att minska risken för smittspridning av Covid-19. Ett fåtal av de boende har varit sjuka och det har inte resulterat i någon smittspridning bland de boende. Detta tyder på väl fungerande rutiner när det gäller hygien och smittskydd. Sjukfrånvaron bland personalen har flera perioder varit hög och det har vid flera tillfällen krävts utökade smittskyddsrutiner även mellan personal.

## 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 avvikelsen. 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 samtidig 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.

Om avvikelsen 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 2022 gäller fall. Under året har ett litet antal boende haft mycket hög fallrisk och många upprepade fall. Detta trots att ett mycket stort arbete lagts ner på fallpreventiva åtgärder hos dessa individer med alla berörda professioner inblandade. Precis som under 2021 kan vi vid sammanställning tydligt se att det är ett fåtal individer som har drabbats av många fall och utifrån personlig kännedom så är orsaken försämring i funktioner relaterat till ålder och sjukdomstillstånd, där kognitiv försämring har varit övervägande.

Utredning görs kontinuerligt tillsammans med hela personalgruppen där olika orsaker till missade signeringar identifierades, exempelvis stress eller att man blir avbruten av larm. Utifrån de olika orsaker som framkom har arbetet att ta fram åtgärder fortsatt.

### Avvikelser rapporterade i Pro Capita 2022:

Avvikelse	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Tot.
Läkemedel	6	14	12	9	4	6	7	6	8	4	4	6	86
Fall	16	40	24	26	10	2	5		3	3	4	5	138
Allmän omvårdnad						1		1	1				3
Specifik omvårdnad/rehab	2	1											3

<b>Dokumentation HSL</b>		1											1
--------------------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

#### Avvikelser jämförelse år 2019, 2020, 2021, 2022:

Avvikelse	2019	2020	2021	2022
<b>Läkemedel</b>	101	86	75	86
<b>Fall</b>	21	33	46	138
<b>Allmän omvårdnad</b>	1	6	4	3
<b>Specifik omvårdnad/rehab</b>	1	3	4	3
<b>Utebliven insats SOL</b>			3	0
<b>Informationsöverföring</b>			1	0
<b>Dokumentations HSL</b>				1

Antalet avvikelser gällande läkemedel har ökat något jämfört med 2021. Det är ingen stor ökning men den skulle kunna bero på att all personal nu har kunskap om avvikelserregistrering, både ordinarie personal och timvikarier. Med tanke på det totala antalet läkemedelsinsatser, som under året var 28 799 stycken så är 86 avvikelser ett fantastiskt bra resultat. Sammanställning av dessa avvikelser visar att de flesta läkemedel även har givits, men att det är signeringen som har missats. Ingen av dessa avvikelser har varit av allvarigare karaktär. Sjuksköterskan har under året varit noggrann med snabb uppföljning av läkemedelsavvikelser och kontakt har tagits med berörd personal vid dessa avvikelser.

#### 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
- Ändring/tillägg i rutin gällande medicingivning
- Tagit fram rutin gällande hantering av använda dospåsar

#### 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
- Bedömning
- Höftskyddsbyxor
- Ommöblering av boendes lägenhet
- Ändring av läkemedel
- Hjälpmedelsutprovning
- Plockat undan sladdar
- Händelseutredning och åtgärds genomgång på kvalitetsmöten samt omvårdnadskonferens.
- Framarbetande av checklista gällande att lämna person ensam på hygienstol.
- Summering och genomgång på APT

## 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. Behov finns av att återigen lyfta fram blanketten för boendets personal så att den inte glöms bort samt att presentera den för de boende på boenderåd under våren 2023.

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.

Under 2022 har 4 klagomål/synpunkter inkommit.

Typ av synpunkt	Beskrivning	Analys	Åtgärd
Rutiner	Klagomål har inkommit vid tre olika tillfällen gällande hantering av kläder vid tvätt. Kläder har försvunnit efter tvätt eller tvättats felaktigt.	Rutiner vid tvätt har inte följts alltså tvätt har missats i tvättmaskinen och blandats ihop med annan boendes tvätt. Okunskap/slarv gällande tvättråd.	Rutiner gällande tvätt av kläder har uppmärksammats på APT samt möte för vikarier. Återkoppling till berörda boende/anhöriga.

Omvårdnad	Anhöriga upplever att en boende inte får tillräcklig hjälp med personlig vård.	Den boende avböjer hjälp och vill vara självständig. Svårigheter för personal att få ge det stöd som den boende har behov av.	Möte med anhöriga för att reda ut situationen. Överenskommelse med den boende, anhöriga samt personal om vilket stöd som behövs och hur det ska genomföras. Genomförandeplanen uppdateras och godkänns av den boende och anhöriga.
-----------	--	---	--

## 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 social dokumentation och avvikeleregistrering utifrån behov hos ordinarie personal och vikarier.
- Aktiviteter, både i grupp och individuellt. Ta tillvara individuella önskemål.
- Läkemedelshantering. Fortsatt fokus.
- Palliativ vård. Ta tillvara specialistkunskap som finns i verksamheten och fördjupa kunskapen i hela 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.

Under 2023 kommer en del av vårt fokus att ligga på Palliativ vård. Exempelvis kommer rutiner för palliativ vård att tas fram; rutin för brytpunktsamtal, de olika professionernas roller i samband med detta och teamarbetet vid palliativ vård. Dokumentationen i samband med palliativ vård ska förbättras, t.ex. användandet av skattningsinstrument. Målet är också att all personal ska genomgå webbutbildningen ”Lindring bortom boten”.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Betelhemmets generella övergripande mål och strategier ska även 2022 vara ledande. Mål och strategier för verksamheten påverkas också av faktorer som ny lagstiftning, utredningar och föreskrifter.

Övergripande mål	Mål/beskrivning	Uppföljning
<b>Nöjda och aktiva boende</b>	Boenderåd ska hållas 2 ggr/termin	-Mötesprotokoll -Antal närvarande
	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
	-Tillgodose behov av aktiviteter både i grupp och individuellt. -All personal ska hålla i aktiviteter	-Enkät till varje boende -Dokumentera genomförda gruppaktiviteter -APT
	Anhörigträffar ska hållas 2 gånger per år: -Sommarfest -Julfest Information (summering och planering framåt) i samband med ovanstående fester	-Minnesanteckningar -Antal Närvarande
	Fortsatt utveckling av trädgården -Göra studiebesök i ”Sinnenas trädgård” -Gemensam trädgårdsdag för boende och personal -Anpassning av gångvägar, utöka med fler sittplatser och mera växter	-Boenderåd -APT
<b>Hög kvalitet på vården</b>	Alla genomförandeplaner ska revideras minst 2ggr/år	-Dokumentation i Pro Capita -Sammanställning 2 ggr/år
	All personal, inklusive vikarier, ska läsa dokumentation i Pro Capita i början av varje arbetspass	-Enkät/självskattning
	All personal, inklusive vikarier ska dokumentera i social dokumentation	-Statistik inför kvalitetsmöte och APT -Enkät/självskattning
	Alla avlidna ska registreras i Palliativa registret	-Avstämning i samband med kvalitetsmöte
	All personal och boende ska känna till blanketten ”Synpunkter och klagomål”	-Boenderåd -APT -Anhöriginfo i entrén
	Alla synpunkter och klagomål ska sammanställas till varje kvalitetsmöte, APT och en årlig sammanställning	Mötesprotokoll från kvalitetsmöte och APT
	Alla boende ska ha bedömning i Senior Alert	2 ggr/år i samband med VPL
	Kvalitetsfrågor på APT varje månad	Stående punkt på dagordningen
	Rutin för anhörigstöd ska vara känd i hela personalgruppen	APT Introduktion för nyanställda Vikariemöte
	Öka kunskap inom sårvård	Fortsatt utbildning till hela personalgruppen på APT
	Fördjupning inom palliativ vård -ta fram rutin för teamarbetet -ta fram rutin för brytpunktssamtal -all personal digital utbildning -genomgång av skattningsinstrument	-arbetsgrupp palliativ vård -APT
	Samordna teamets olika perspektiv	-Daglig rapport med USK, SSK,

		-USK/kontaktperson representerad på rond vid behov
	Alla lokala rutiner ska revideras under året	APT
	Alla avvikelser ska registreras, förbättring vid avvikelser gällande annan vårdgivare.	Kvalitetsmöte, APT
<b>Rätt bemanning</b>	Omvårdnads korten ska vara uppdaterade efter behov och vårdtyngd -anpassa bemanningen efter behov	Avstämning på kvalitetsmötet 1gång/månad
	-Utbildad undersköterska prioriteras vid tillsättning av tjänster och vikariat.	Kontinuerligt vid tillsättning Sammanställning vid årets slut
<b>Bra måltidssituationer</b>	-Mat och måltider stående punkt på boenderåd -Återuppta pedagogiska måltider. Minst en personal vid lunch och middag. -Ommöblering i matsalen kontinuerligt efter de boendes behov	-Mötesprotokoll boenderåd  Vårdplanering, kvalitetsmöte, APT