

# Patientsäkerhetsberättelse För Betelhemmet Jönåker År 2021



## 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 .....	10
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 .....	17
Avvikelse .....	17
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. 2021 har en enkät lämnats ut till de boende med frågor som rör exempelvis bemötande och trivsel.

Vi har satsat på att återkommande presentera statistik gällande hantering av läkemedel, att analysera avvikelser både i små och stora grupper på kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar och gemensamt ta fram förslag på förbättringar.

Under 2021 har extra tid avsatts för omvårdnadspersonal för dokumentation, framförallt för att skriva genomförandeplaner. Omvårdnadspersonal fortsätter också att befästa sina kunskaper gällande att skriva avvikelser direkt i journalsystemet.

Aktivitetsansvariga i personalgruppen har haft regelbundna möten och planerat aktiviteter. Under sommaren anställdes två extra personal för att arbeta med aktiviteter och möjliggöra extra mycket utomhusvistelse för de som önskade det. Arbetet med att utveckla vår trädgård har fortsatt, något som både boende och personal är involverade i och uppskattar. Detta arbete kommer att fortsätta under kommande år.

Under 2020 genomgick all personal en utbildning gällande stöd till anhöriga. Med den utbildningen som utgångspunkt har återkommande gruppdiskussioner förts på arbetsplatsträffar. Utifrån ny kunskap och lärdomar som vi fått genom utbildningen och uppföljande diskussioner på arbetsplatsträffar har en rutin för stöd till anhöriga tagits fram och arbetet med att förbättra stödet till anhöriga kommer att fortsätta under 2022.

Utifrån resultat och lärdomar från föregående år låg fortsatt fokus inför 2021 på att ytterligare öka säkerheten när det gäller läkemedelshantering och dokumentation, att fortsätta att utveckla arbetet kring aktiviteter samt en fördjupning gällande stöd till anhöriga. Dessa områden kommer vi att ha fokus på även kommande år. Gällande dokumentation har behovet av en satsning gällande vikariers dokumentation uppmärksamats. Ett ytterligare område där behov och önskemål om kompetensutveckling finns är inom sårvård.

Under 2021 har pandemin i stor utsträckning fortsatt att påverka vår verksamhet. Sedan föregående år fanns i grunden fungerande rutiner gällande Covid-19 som allteftersom har reviderats utifrån nya förutsättningar. Besöken till boendet och kontakten med anhöriga har även under detta år påverkats, liksom bemanningen, i perioder har det varit stor sjukfrånvaro i personalgruppen.

Sammanfattningsvis har Betelhemmet ett väl fungerande arbetssätt och rutiner som bidrar till att verksamheten uppnår en hög patientsäkerhet och kvalitet. Precis som under 2020 har vår högsta prioritet under 2021 varit att göra allt vi kan för att minska riskerna för smittspridning av Covid-19 på Betelhemmet. Det är med stolthet och glädje vi kan summera året och konstatera att vi fortfarande inte har haft någon smitta alls på boendet.

# 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 4 ggr under året	-Mötesprotokoll -Antal närvarande
	Genomförandeplaner revideras 2 ggr/år. Boende (och ev. anhöriga) är delaktiga	81% av de boende har en uppdaterad genomförandeplan under året. Resterande del är nyinflyttade.	-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. Svårigheter att få fram vad varje enskild boende önskar.	-Enkät till varje boende -Dokumentera genomförda gruppaktiviteter -APT
	Återuppta anhörigträffar (Om möjligt) -Informationsträff -Sommarfest -Julfest	Anhörigträffar och fester där anhöriga bjuds in har inte kunnat genomföras med anledning av pandemin.	-Minnesanteckningar -Antal Närvarande
	Fortsatt förbättringsarbete gällande trädgården -Göra studiebesök i ”Sinnenas trädgård” -Gemensam trädgårdsdag för boende och personal	Trädgårdsdag har genomförts och utveckling har fortsatt i form av ny temaavdelning (Söderhavstema) och ytterligare planteringar.	-Boenderåd -APT
<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	80% av ordinarie personal läser i Pro Capita i början av nytt arbetspass. 20% läser ibland.	- Checklista/självskattning
	All personal ska dokumentera varje månad i social dokumentation	All ordinarie personal känner till vad/vilka händelser som ska dokumenteras. En del av vikarier osäkra på vad som förväntas gällande dokumentation	Enkät har lämnats ut till all personal. Behov av ytterligare fokus på dokumentation för både ordinarie personal och vikarier.
	All personal och boende ska känna till blanketten ”Synpunkter och klagomål”	Har presenterats på boenderåd och APT	-Boenderåd -APT
	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 2021 och har även pågående uppföljningar.	-2 ggr/år i samband med VPL
	Alla avlidna ska registreras i palliativa registret.	5 av 6 avlidna registrerades under 2021. En 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 revideras under året	Prioriterade lokala rutiner har uppdaterats och nya har tagits fram.	P.g.a. pandemin med ökad arbetsbelastning har prioriterade rutiner uppdaterats.
<b>Rätt bemanning</b>	Omvårdnadskorten ska vara uppdaterade efter behov och vårdtyngd	Korten har uppdaterats vid behov under året.	-Avstämning på morgonmöten, kvalitetsmöten och APT

	-anpassa bemanningen efter behov		
	-Utbildad undersköterska prioriteras vid tillsättning av tjänster och vikariat.	Prioriteras vid varje tillsättning. Vid vikariat finns inte alltid utbildad undersköterska tillgänglig.	-Kontinuerligt vid tillsättning av tjänster -Sammanställning vid årets slut
<b>Bra måltidssituationer</b>	-Återinföra matråd 2ggr/termin -Återuppta pedagogiska måltider. Minst en personal vid lunch och middag. -Ommöblering i matsalen kontinuerligt efter de boendes behov	Maten 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 registrering till MAS i Nyköpings kommun och tillsammans med verksamhetschefen anmäla händelser gällande Lex Sarah och Lex Maria.

**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 2011:94 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, verksamhetschef och ibland paramedicinsk personal deltar samt på arbetsplatsträff en gång varje månad. Vårdplanering 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 kommer till Betelhemmet varje vecka för rond tillsammans med sjuksköterska. I samband med rond görs läkemedelsgenomgångar och på medicinska grunder görs hembesök av läkare hos de boende. 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 jousjuksköterska 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. Folk tandvården 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.

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.

Under 2021 har det i perioder varit stora svårigheter att logga in i Pro Capita för både sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Det har också varit stora problem med att få SITHS-korten att fungera när nya kort har hämtats ut. 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. 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.

Nyköpings kommun, Division Social Omsorg tar kontinuerligt fram loggar ur Pro Capita och NPÖ för stickprovskontroll. Stickprovskontroller gjordes 2021 utan anmärkning.

## 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 har aktualiserats och uppmärksammats under det senaste året. Detta för att lyfta goda exempel för att sprida arbetssätt som fungerar bra.

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. 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 på grund av att många har blivit inställda. En stor del av vårt arbete har under pandemin handlat om att ta fram och implementera nya rutiner gällande Covid-19, vilket har inneburit att kompetensutveckling inom andra områden inte har kunnat prioriteras.

Ett område där kompetensutveckling har efterfrågats inom verksamheten är sårvård, detta som kommer att satsas på under 2022.

## 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 under 2021 utökats till att hållas tre gånger per termin. Då 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. Vid ett boenderåd 2021 fick de boende information gällande personalens arbetssätt för ökad förståelse och öppenhet.

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 2021 även ut en enkät som vi har tagit fram själva. Syftet med även denna enkät var att få fram åsikter som vi använde för att arbeta vidare med vårt kvalitetsarbete.

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 önskningsar som också kan användas vid planering av vården och utformning av genomförandeplanen.

Under 2020 genomgick all personal en utbildning gällande **stöd till anhöriga**. Med den utbildningen som utgångspunkt har återkommande gruppdiskussioner förts på arbetsplatsträffar. Utifrån ny kunskap och lärdomar som vi fått genom utbildningen och uppföljande diskussioner på arbetsplatsträffar har en rutin för stöd till anhöriga tagits fram och arbetet med att förbättra stödet till anhöriga kommer att fortsätta under 2022.

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 2021	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 2021	Rond med läkare	Identifiera behov och erbjuda till de som behöver
Hygienrond	Ingen vårdrelaterad infektion	Ingen under 2021	Region Sörmland Självskattnings Hygienombud observation enl. checklista	Återkoppling till personalgruppen på kvalitetsmöte och APT.
Patientsäkerhetsdiologer	2 gånger 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 2ggr/år	1 trycksår uppstod i samband med sjukhusvistelse. Sårets läktes.	Hälsokonferens Vårdplanering Riskbedömning i samband	Omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast bedriver ett förebyggande arbete identifierar tidiga tecken och åtgärdar omgående.

		1 trycksår uppstod i palliativt skede	med vårdplanering	
Fallrisk	Riskbedömning var 3:e vecka 1 gång/månad 2 ggr/år 2ggr/år	Antalet fall har ökat under 2021	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	3ggr/vecka	Sjuksköterska följer upp signeringar i APPVA minst 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 journalen granskades under 2021	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 verksamhetschef	Utfört enligt rutin.
Läkemedelsgranskning	1 gång per år	Genomfört med apotekare med gott resultat.	Med apotekare	Ett fåtal mindre förbättringsförslag framkom vid granskningen som exempelvis inköp av

				digital termometer till kylskåp där insulin förvaras.
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 i början av året enligt checklista, men under andra delen av året inkluderades i rutin för städning.

## 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.

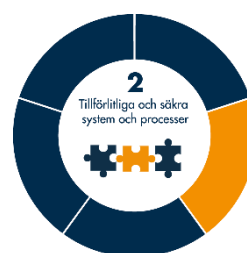
Patientsäkerhetsarbetet har under året fokuserats på att förhindra smittspridning bland boende och personal, ett arbete som har gett ett mycket gott resultat då vi inte har haft någon smittspridning alls, vare sig bland boende eller personal.

Under 2021 har ingen allvarlig vårdskada inträffat och det har inte gjorts någon utredning enligt Lex Maria.

## 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. Behov av kompetensutveckling ses hos vikarier. Vikarierna har kännedom om att avvikelser ska rapporteras, men behöver bättre kunskap gällande dokumentationen av avvikelser i Pro Capita.



## Hygienrutiner

Hygienrutiner finns sedan tidigare gällande exempelvis basal hygien och hygien vid smittor. Det som har saknats tidigare, men som har tagits fram under året är en rutin för egenkontrollen gällande hygien, t.ex. hygienrond och självskattning gällande hygien. Rutinen tydliggör exempelvis vilka egenkontroller som ska genomföras och hur ofta.

## 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 **75 039** insatser under 2021. 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. 89 % av alla insatser utfördes i tid enligt ordination, vilket innebär att 66 784 insatser utfördes utan anmärkning. Av de 11 % som inte utfördes i tid var avvikelser i tid i genomsnitt endast 6 minuter. De resterande har fått avvikelser som t.ex. läkemedel ej givet i tid, patient kan ej ta emot läkemedel eller ej signerade läkemedel. Dessa avvikelser följs upp av sjuksköterskan beroende på allvarlighetsgrad.

## 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. Vanligtvis har det vid uppföljning visat sig finnas behov av modifieringar och mer tid att försätta arbete enligt planen för att uppnå önskat resultat. 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 2021 framkom följande risker som de viktigaste att fokusera på:

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

Vi har under 2020 och 2021 haft fokus på läkemedelshantering. Resultatet visar att vi precis som föregående år har 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. Resultatet visar att de månader när vi har lagt extra fokus på diskussion kring läkemedelshantering har antalet avvikelser minskat. En lärdom vi har kommit fram till är att vi ständigt behöver hålla diskussionen levande vid våra dagliga rapport- och avstämningsmöten samt på kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar för att minska eller bibehålla ett lågt antal läkemedelsavvikelser.

Gällande dokumentation har arbetet fortsatt enligt tidigare genomförda riskanalyser och uppsatta mål. All fast personal dokumenterar avvikelser i journalsystemet och personalen får bättre och bättre inblick i hur genomförandeplanen ska skrivas. Erfarenheter från tidigare år visar att utöver utbildning behövs också avsatt tid för att befästa sina kunskaper genom att träna på att skriva samt möjligheten till stöd vid dokumentation av exempelvis en kollega. Enbart utbildning är inte tillräckligt för att uppnå ett tillfredsställande resultat. En enkät som lämnats ut till all personal inklusive vikarier visar att vikarierna har behov av ökad kunskap gällande dokumentation.

Det har under året funnits fortsatta brister när det gäller inloggning i verksamhetssystemet Pro Capita som skulle ha kunnat innebära patientsäkerhetsrisker. En återkommande kontakt hålls med Nyköpings Kommun dit vi har återkopplat svårigheter vid ett flertal gånger under året.

## 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 allvarligare 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 avvikelser 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 händelserna som har inträffat under 2021 gäller läkemedel, framförallt att det saknas signering. 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.

#### Avvikelse rapporterade i Pro Capita 2021:

Avvikelse	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Tot.
Läkemedel	5	2	14	8	15	8	4	-	3	4	6	6	75
Fall	10	2	2	2	-	4	-	3	-	5	2	16	46
Allmän omvårdnad					1	1	1					1	4
Specifik omvårdnad/rehab						4							4
Utebliven insats SOL					1				1		1		3
Informationsöverföring										1			1

#### Avvikelse jämförelse år 2018, 2019, 2020, 2021:

Avvikelse	2018	2019	2020	2021
Läkemedel	99	101	86	75
Fall	44	21	33	46
Allmän omvårdnad		1	6	4
Specifik omvårdnad/rehab	9	1	3	4
Utebliven insats SOL				3
Informationsöverföring				1

Antalet avvikelser gällande läkemedel har återigen sjunkit 2021 jämfört med föregående år. Under 2020 lades fokus på ett förbättringsarbete gällande läkemedelshanteringen och rutinerna är levande i verksamheten. Detta gör att vi har mycket få avvikelser när det gäller läkemedel under året. Avvikelse

som registrerats gällande läkemedel avser ordinationer som inte har utförts på ett riktigt sätt eller inte signerats. Ingen av dessa avvikelser har varit av allvarigare karaktär. Även om antalet avvikelser är förhållandevis lågt finns det fortfarande möjlighet att göra läkemedelshanteringen ännu säkrare genom att hålla rutinerna kring hanteringen levande genom återkoppling, påminnelse och gemensamma diskussioner för att hitta ytterligare förbättringsförslag. Vi har kunnat se att genom att vi uppmärksammar avvikelser och har en återkommande diskussion angående hur vi hanterar läkemedel kan minska risken för avvikelser ytterligare.

Under flera år hade Betelhemmet totalt ett lågt antal fall. Vi kopplade ihop det med att våra boende överlag var pigga, rörliga och självständiga. Under 2021 har ett stort arbete lagts ner på att förebygga fall. Trots det har antalet fall ökat. Flera av de boende har på grund av ökad ålder och sjukdomsutveckling med minskad funktionsförmåga och ökad fallrisk drabbats av fall. Vid sammanställning kan man 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. Flera av de boende värderar sin egen självständighet högt och vill så långt det är möjligt klara sig på egen hand utan att få hjälp av personal, vilket vid några tillfällen har resulterat i fallolyckor. Vid ett fåtal av fallen upptäcktes orsaker i miljön som kunde åtgärdas, exempelvis ommöblering.

Det fanns inga allvarliga avvikelser gällande allmän eller specifik omvårdnad som krävde någon djupare analys eller åtgärd.

#### **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

#### **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.

- 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.

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 2021 har 5 klagomål/synpunkter inkommit.

Typ av synpunkt	Beskrivning	Analys	Åtgärd
Rutiner	Anhörig upplever att rutiner för besök inte fungerar. Det tar lång tid att bli insläppt när man ringer på dörren.	Problem med dörrklockan, den ringer inte alltid. Personal är ibland upptagna inne i de boendes lägenheter och har inte möjlighet att öppna dörren just då.	Ny dörrklocka är monterad. Återkoppling till berörd anhörig. Förklaring om arbetssätt och att personal ibland inte har möjlighet att öppna dörren precis när det ringer på.
Rutiner	Ommöblering har gjorts i lägenheten och Tv:n har kopplats ur utan att kopplas tillbaka igen. Den boende kunde därför inte sätta på Tv: n. Anhörig på besök anmälde händelsen.	Personal har inte uppmärksammat att tv:n är urkopplad och den boende har inte bett om att få se på TV.	Samtal om händelsen på kvalitetsmöte, då det framkom att den boende inte hade tittat på tv under en tid tillbaka innan händelsen, därför uppmärksammades det inte av någon.
Bemötande	Anhörig på besök uppmärksammar brist i bemötande hos en personal gentemot mot den boende.	Personal har agerat på ett stressat sätt och upplevts irriterad på grund av stressig situation den dagen och hög arbetsbelastning.	Händelsen har tagits upp på kvalitetsmöte och stress och bemötande har diskuterats i hela arbetsgruppen på arbetsplatsträff.
Bemötande	Anhörig på besök upplever att personal är oförberedd på att besök	Personal som tog emot besökare var ny på arbetsplatsen och var inte	Händelsen har tagits upp med berörd personal samt på kvalitetsmöte. Stress och

	ska komma trots att besöket är bokad. Det kändes inte välkomnande.	insatt i rutiner för besök och vad som förväntades.	bemötande har diskuterats i hela arbetsgruppen på arbetsplatsträff.
Rutiner	Anhörig har synpunkter på besöksrutinen under pandemin. Är missnöjd över begränsad möjlighet att komma på besök.	Betelhemmet har lokal rutin för besök utformad utifrån rekommendationer från Folkhälsomyndigheten, Region Sörmland och Nyköpings Kommun. Rutinen är till för att skydda boende och personal från smittspridning.	Återkoppling till berörd anhörig, med förklaring om hur rutinen ser ut och varför vi har den rutinen.

## 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 och utveckla inom vår verksamhet:

- Dokumentation i Pro Capita inklusive genomförandeplaner och avvikeleregistrering för både ordinarie personal och vikarier.
- Aktiviteter, både i grupp och individuellt
- Läkemedelshantering



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.

Pandemin är ett exempel där vården har behövt anpassas efter ändrade förhållanden och stora krav har ställts på riskmedvetenhet och beredskap. Kompetens, flexibilitet, samarbete och tydliga rutiner på olika nivåer här krävs för att upprätthålla patientsäkerheten. Vikten av fungerande hygienrutiner och skyddsutrustning har uppmärksammats och varit en viktig lärdom i verksamheten, vilket kommer att ha stor betydelse för patientsäkerheten även i fortsättningen.

## 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
	Fortsatt förbättringsarbete gällande aktiviteter, både i grupp och individuellt -Bli bättre på att tillgodose individuella behov -All personal ska hålla i aktiviteter	-Enkät till varje boende -Dokumentera genomförda gruppaktiviteter -APT -Vagn med material/aktiviteter som kan tas med till dem som inte kommer ut till gemensamma aktiviteter.
	Återuppta anhörigräffar (Om möjligt) -Informationsträff -Sommarfest -Julfest	-Minnesanteckningar -Antal Närvarande
	Fortsatt förbättringsarbete gällande trädgården -Göra studiebesök i ”Sinnenas trädgård” -Gemensam trädgårdsdag för boende och personal	-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
	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
	Det ska finnas rutiner för anhörigstöd -arbetsgrupp är tillsatt	APT
	Öka kunskap inom sårvård	Utbildning till hela personalgruppen på APT
	Samordna teamets olika perspektiv	-Daglig rapport med USK, SSK, -USK/kontaktperson representerad på rond
	Alla lokala rutiner ska revideras under året	APT
<b>Rätt bemanning</b>	Omvårdnadskorten 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Återinföra matråd 2ggr/termin</li> <li>-Återuppta pedagogiska måltider. Minst en personal vid lunch och middag.</li> <li>-Ommöblering i matsalen kontinuerligt efter de boendes behov</li> </ul>	<p>I samband med boenderåd Checklista</p> <p>Vårdplanering, kvalitetsmöte</p>
-------------------------------	--	---