



Patientsäkerhetsberättelse

2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-26

Johanna Olin

Verksamhetschef

Innehållsförteckning

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
---	----------

Inledning.....	3
-----------------------	----------

Sammanfattning	3
-----------------------------	----------

STRUKTURER.....	5
------------------------	----------

Övergripande mål och strategier.....	5
--------------------------------------	---

Organisation och ansvar.....	6
------------------------------	---

Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
---	---

Patienters och närståendes delaktighet.....	8
---	---

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .	9
---	---

Klagomål och synpunkter	9
-------------------------------	---

Egenkontroll.....	10
-------------------	----

PROCESS – Åtgärder för att öka

patientsäkerheten	12
--------------------------------	-----------

Risikanalys	14
-------------------	----

Utredning av händelser - vårdskador	15
---	----

Informationssäkerhet.....	16
---------------------------	----

RESULTAT OCH ANALYS.....	17
---------------------------------	-----------

Egenkontroll.....	17
-------------------	----

Avvikelser	20
------------------	----

Klagomål och synpunkter	21
-------------------------------	----

Händelser och vårdskador.....	22
-------------------------------	----

Risikanalys	22
-------------------	----

Mål och strategier för kommande år	23
---	-----------

Inledning

Betelhemmet i Jönåker är en stiftelse som bedriver vård och omsorg för äldre i särskilt boende på uppdrag av Nyköpings Kommun. Betelför-samlingen 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.

Sammanfattning

Betelhemmet är enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 skyldig att skriva 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 genomförandeplaner och hälsoplaner som vi följer upp och minst två gånger varje år för att minska riskfaktorer. Vi har återkommande boenderåd där de boende får information och har möjlighet att framföra sina önskemål och åsikter.

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 2020 har all omvårdnadspersonal genomgått utbildning i att registrera avvikelser i Pro Capita och att skriva genomförandeplaner. Vi avsätter under en period extra tid för dokumentation för att all personal ska ha möjlighet att befästa sina kunskaper. Vi skriver nu alla avvikelser direkt i journalsystemet.

Aktivitetsansvariga i personalgruppen har haft regelbundna möten och planerat aktiviteter. Med anledning av pandemin med besöksförbud och svårigheter att träffa närstående som följd blev det extra viktigt att se till att varje enskild boende fick möjlighet till meningsfulla aktiviteter. Under sommaren påbörjades ett arbete med att förbättra och utveckla vår trädgård, något som vi också vill fortsätta med under kommande år.

Under hösten beviljades Betelhemmet statliga stimulansmedel för att sätta in extra personal. Varje boende erbjöds tid avsatt tillsammans med sin kontaktperson att göra aktiviteter enligt varje boendes egna önskemål, något som har uppskattats mycket.

All personal genomgick under hösten en webbaserad 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 pågår nu ett arbete med att ta fram rutiner för stöd till anhöriga, ett arbete som kommer att fortsätta under 2021.

Utifrån resultat och lärdomar från föregående år låg fokus inför 2020 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.

År 2020 har pandemin i stor utsträckning påverkat hela vår verksamhet, något som vi inför det nya året inte hade kunnat förutse. Vi tvingades omprioritera vårt arbete och en stor del av både tid, energi och engagemang har gått åt till att göra riskbedömningar med hänsyn till smittspridning av Covid-19, ta fram och implementera nya rutiner, delge information till personal, boende och anhöriga och att se till att ha tillfredsställande bemanning i perioder av stor sjukfrånvaro i personalgruppen.

Vi har under 2020 satt som högsta prioritet 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 inte har haft någon smitta alls på boendet.

STRUKTURER

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Övergripande Mål	Aktiviteter/uppföljning
Nöjda och aktiva boende	<ul style="list-style-type: none">-Boenderåd ska hållas 2 ggr/termin-Omvårdnadskort ska användas varje dag i dagligt arbete- ger kontinuitet för boende och personal under dagen-Genomförandeplaner ska revideras 2 ggr/år. Boende (närstående vid behov) ska vara delaktiga-Varje boende har en kontaktperson på dagen och en på natten-Brukarundersökning varje år. Presenteras på boenderåd och APT-Erbjuda meningsfulla, uppskattade aktiviteter, både i grupp och individuellt-Utveckla trädgården med fler gångvägar, flera platser för vila eller samvaro, mer att uppleva för sinnestimulans
Hög kvalitet på vården	<ul style="list-style-type: none">-Genomförandeplaner revideras 2ggr/år el. vid behov. Personal ska få utbildning i dokumentation.-Omvårdnadspersonal läser dokumentation i Pro Capita innan varje arbetspass-Hälsoplaner revideras minst 2 ggr/år. Uppföljning minst 2 gånger per år samt efter målens slutdatum-Registreringar ska göras på alla boende i kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativa registret-Kvalitetsmöten med verksamhetschef sjuksköterska, omvårdnadspersonal ska hållas varje månad inför APT-Kvalitetsfrågor diskuteras på APT varje månad - ska finnas en stående punkt på dagordningen-Alla avvikelser ska skrivas direkt i Pro Capita. Personal ska få utbildning-Avvikelse ska sammanställas och analyseras varje månad inför kvalitetsmötet-All signering av läkemedel sker i APPVA-En kvalitetsgranskning av läkemedel ska genomföras under året tillsammans med apotekare-All omvårdnadspersonal delegeras individuellt och alla delegeringar förnyas en gång varje år-Inköp av nya datorer för att minska risk för avvikelser gällande dokumentation pga. dataproblem-Introduktion av alla nyanställda ska göras enligt checklista-Utbildning gällande anhörigstöd för all personal. Rutiner för anhörigstöd ska tas fram
Rätt bemanning	<ul style="list-style-type: none">-Jämn arbetsfördelning genom att använda omvårdnadskort-Omvårdnadskort uppdateras efter vårdtyngd-Anpassa bemanningen efter behov under dygnet-Vikarier med USK-utbildning eller erfarenhet i första hand
Bra måltidssituationer	<ul style="list-style-type: none">-Matvanor dokumenteras i genomförandeplan-Kökspersonal deltar i VPL vid behov-Kostråd där de boende deltar-Pedagogiska måltider-Ommöblering i matsalen kontinuerligt efter de boendes behov

Organisation och ansvar

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

Betelhemmets styrelse

Betelförsamlingen i Jönåker, som är huvudman över stiftelsen Betelhemmet, har utsett en styrelse bestående av 6 medlemmar. Styrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet på Betelhemmet.

Verksamhetschef

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

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

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

Omvårdnadspersonal

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 §, 7 kap. 2 § p 3

Samverkan mellan olika professioner både intern och externt är nödvändigt för patientsäkerheten.

Inom verksamheten har omvårdnadspersonal, sjuksköterska och chef dagligen ett nära samarbete. 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 personal 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 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. Folk-tandvården eller Oral Care kommer till Betelhemmet för avancerad tandvård. De äldre får själva bestämma vilken utförare de vill ha.

ApoEx AB 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.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid ankomstsamtal och individuell vårdplanering inbjuds boende och närstående att delta i planering av omvårdnaden. Boende och närstående får framföra sina önskemål och förväntningar och involveras i de genomförandeplaner som personalen utarbetar. Genomförandeplanen godkänns av den boende.

Boende och närstående informeras om vårt arbete för att förebygga vårdskador, om kvalitetssäkringsarbetet, om hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

Två gånger per termin hålls boenderåd. Där får de boende information om det som är aktuellt på boendet. De boende har då också möjlighet att framföra förslag, frågor och synpunkter gällande exempelvis maten, aktiviteter eller boendemiljön.

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.

Under 2020 har det på grund av pandemin varit nödvändigt att hitta alternativa lösningar till de vanliga besöken då vi under största delen av året inte har kunnat ta emot besökare som vanligt inomhus. Vi har gjort vårt bästa för att närstående som vill komma på besök har kunnat göra det under säkra förhållanden. Vi har anordnat platser för säkra besök både utomhus och inomhus för att de boende ska kunna träffa sina närstående trots den rådande pandemin. Vanligtvis brukar närstående bjudas in till anhörigträffar, sommarfest och julfest varje år. Detta kunde inte genomföras under 2020. Vi har istället gjort vad vi har kunnat för att tillgodose närståendes behov av stöd och information i form av brev och mail med generell information men också individuell kontakt i form av mail, sms, telefonsamtal och individuella fysiska möten i den mån det har varit möjligt.

Under 2020 har ett av våra prioriterade områden varit anhörigstöd. All personal har genomgått en webbaserad 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 pågår nu ett arbete med att ta fram rutiner för stöd till anhöriga.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

All personal som upptäcker en händelse som har lett till en vårdskada eller som innebär en risk för vårdskada har skyldighet att skriva en avvikelserapport. Avvikelse rapporten skrivs in i journalsystemet av den person som upptäcker händelsen. Denna skyldighet att rapportera gäller all omvårdnadspersonal samt sjuksköterska. Det kan exempelvis handla om läkemedel, fall, omvårdnad och informationsöverföring. Lokala rutiner finns tillgängliga för all personal på gemensam dator. Rutinerna diskuteras återkommande på kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar och är därmed väl förankrade i verksamheten. Personalen på Betelhemmet är medveten om deras skyldighet att anmäla Lex Sarah om missförhållande eller risk för missförhållande skulle uppstå i omvårdnaden. All ordinarie personal har under hösten 2020 fått utbildning i att skriva avvikelserapport i journalsystemet.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har ansvar för att kontinuerligt kontrollera och utreda de avvikelser som registreras. Vid behov tas snabb kontakt med berörd personal och/eller verksamhetschef. Sjuksköterskan har ansvar att anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada enligt Lex Maria.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att de avvikelser som rapporteras utreds, åtgärdas och följs upp. Avvikelserna sammanställs inför varje kvalitetsmöte statistik och jämförelser med föregående månad tas fram och avvikelserna analyseras och diskuteras på mötet och lyfts vid behov på kommande arbetsplatsträff. Verksamhetschef ansvarar även för att anmäla allvarliga händelser till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Klagomål och synpunkter

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

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.

Betelhemmet har en lokal rutin kring synpunkter och klagomål. 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 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 som inkommer via Kommunen, sjukhuset, patientnämnd eller Inspektionen för vård och omsorg utreds och besvaras av verksamhetschef som återkopplar till berörd enhet.

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 genom förandeplan.

Klagomål och synpunkter tas omhand och utreds, åtgärdas och besvaras. Det som behöver förbättras under kommande år är att alla ska känna till och använda den särskilda blanketten för synpunkter och klagomål och att samtliga klagomål och synpunkter ska sammanställas.

Egenkontroll

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

Verksamhetschef ansvarar för att leda, planera, kontrollera och utvärdera kvalitets- och säkerhetsarbete utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv samt utifrån resultat och förväntade effekter. Verksamhetschef säkerställer att lokala rutiner finns i enlighet med lagstiftning samt att det finns ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Sjuksköterska kontrollerar och följer upp signeringslistor kontinuerligt vid larm i APPVA, följer upp hälsoplaner och gör läkemedelsgenomgångar tillsammans med läkare. Fördjupade läkemedelsgenomgångar begränsas av tillgång till läkare. Önskvärt är att det skulle göras oftare. Sjuksköterska rapporterar till verksamhetschef och skriver även händelserapporter om något inte följer plan eller avvikelser om signering uteblivit.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Läkemedelsgenombgång	Vid varje nyinflyttad, sedan kontinuerligt vid behov.	Rond med läkare
Läkemedelsgenombgång fördjupad	2 boende/år	Rond med läkare
Hygienrond	1 gång per år	Med hygiensjuksköterska Självskattning Hygienombud observation enl. checklista
Patientsäkerhetsdialoger	2 gång per år	Vårdplanering
Avvikelser	12 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	Var 3:e vecka 2ggr/år 2ggr/år	Hälsokonferens Vårdplanering Riskbedömning i samband med vårdplanering
Fallrisk	Var 3:e vecka 1 gång/månad 2 ggr/år 2ggr/år	Hälsokonferens Kvalitetsmöte Vårdplanering Riskbedömning i samband med vårdplanering
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år 4 ggr/år Vid behov	Vårdplanering Boenderåd Anhörigkontakt, personliga möten, telefonsamtal
Doskontroll	Var 14:e dag	Enligt rutin för sjuksköterska
Läkemedelshantering	3ggr/vecka	Kontroll av signering i APPVA
Hälsoplaner	4ggr/år (oftare vid behov)	Pro Capita
Journalgranskning		Mas begär in journalgranskning
Narkotikaklassade preparat	12 gånger per år	Kontrollräkning görs av sjuksköterska och verksamhetschef
Läkemedelsgranskning	1 gång per år	Med apotekare
Delegeringar	Vid nyanställning + 1 gång per år	Sjuksköterska och berörd personal. Samtal, instruktioner, kunskapstest.
Utökade hygienrutiner i samband med Covid -19	Varje natt	Ytdesinficering enligt checklista

PROCESS – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

De viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten:

Läkemedelshantering

Fokus på läkemedelshantering under vinter och vår 2020. Återkommande diskussioner på kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar i både små och stora grupper. Uppmärksammande av befintliga rutiner gällande läkemedel. Fortsatt arbete med APPVA i Ipad som signeringsverktyg. Kontroll av larm i APPVA av sjuksköterska flera gånger i veckan och omedelbar återkoppling till berörd personal vid avvikelser. Uppföljning av statistik gällande läkemedelsavvikelser varje månad. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering skulle genomförts i december men har flyttats till början 2021 pga. sjukdom. Läkemedelsgenomgångar har genomförts, men i begränsad omfattning med anledning av begränsad tillgång till läkare.

Dokumentation

Fortsatt förbättringsarbete gällande dokumentation. Under 2020 har all omvårdnadspersonal genomgått utbildning i att registrera avvikelser i Pro Capita och skriva genomförandeplaner. Vi avsätter under en period extra tid för dokumentation för att all personal ska ha möjlighet att befästa sina kunskaper. Vi har köpt in nya datorer för att säkerställa att inte datorernas funktion är ett hinder för dokumentation. Vi har också haft mycket kontakt med kommunens IT-enhet gällande störningar i tillgång till journalsystemet och har återkopplat problemen till IT-enheten under perioder med återkommande störningar.

Avvikelser

All personal som upptäcker en avvikelse har skyldig att rapportera den. Alla avvikelser skrivs in direkt i journalsystemet. Sjuksköterska och verksamhetschef tar emot alla avvikelser och analyserar och sammanställer.

Avvikelser följs upp på kvalitetsmöten en gång per månad och förbättringsåtgärder diskuteras.

Fallrisk

Observation av fallrisk sker dagligen av omvårdnadspersonal i samband med omvårdnadsarbetet. Kontakt tas med sjuksköterska och paramedicinsk personal som vid behov gör bedömningar, upprättar hälsoplaner med aktuella åtgärder som exempelvis träning, hjälpmedelsförskrivning eller ändringar gällande läkemedel. Fallriskutredning görs också två gånger per år i samband med vårdplanering. Fallrisk följs upp på hälsokonferenser, kvalitetsmöten och vårdplaneringar.

Trycksår

Omvårdnadspersonal observerar hudstatus dagligen i samband med omvårdnadsarbetet och tar kontakt med sjuksköterska om förändringar i hudstatus observeras. Sjuksköterskan gör en bedömning och vid behov upprättas en hälsoplan med aktuella åtgärder och uppföljning. Paramedicinsk personal kontaktas vid behov av hjälpmedelsförskrivning. Trycksår och risk för trycksår följs också upp på hälsokonferenser och vårdplaneringar.

Delegeringar

All omvårdnadspersonal delegeras individuellt av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid ny delegering och vid förnyad delegering varje år ska webbutbildning och kunskapsprov gällande säker läkemedelshantering genomföras. Sjuksköterskan bedömer omvårdnadspersonals lämplighet att ta emot delegering enligt gällande riktlinjer. Kvalitetssäkring av delegeringsprocessen planeras under 2021.

Aktiviteter

Fortsatt arbete med att erbjuda varierande och meningsfulla aktiviteter utifrån de boendes behov och önskemål har pågått under året. De boende har varit delaktiga med önskemål och utvärdering på boenderåd och i individuella vårdplaneringar. Aktivitetsansvariga har haft regelbundna möten och planerat in minst en större aktivitet varje månad, utöver de dagliga som ska erbjudas varje dag. Med anledning av pandemin med besöksförbud och svårigheter att träffa närstående som följd blev det extra viktigt att se till att varje enskild boende fick sitt behov av aktiviteter tillgodosett för att minska isolering och ensamhet. Under sommaren påbörjades också ett arbete med att utveckla trädgården för att ytterligare kunna användas för aktivitet och sinnestimulering. Vi anlade nya gångar för promenader och nya mötesplatser för att kunna sitta utomhus och umgås. Vi tog tillvara trädgårdsskötsel, nyplanteringar och skörd som utomhusaktiviteter när möjligheten till aktiviteter inomhus var begränsad på grund av risk för smittspridning.

Under hösten erbjöds möjlighet att ansöka om stimulansmedel för att motverka ensamhet och isolering till följd av pandemin. Betelhemmet ansökte och beviljades medel för att sätta in extra personal. Varje boende erbjöds tid avsatt tillsammans med sin kontaktperson att göra aktiviteter enligt varje boendes egna önskemål, något som har uppskattats mycket.

Stöd till anhöriga

All personal har under hösten genomgått en webbaserad 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 pågår nu ett arbete med att ta fram rutiner för stöd till anhöriga. Detta är ett arbete som kommer att fortsätta under 2021.

Vårdhygien

Rutiner kring basal hygien har aktualiserats. Nya hygienrutiner med anledning av Covid-19 har tagits fram, exempelvis gällande personlig skyddsutrustning för personal och utökad desinficering av utsatta ytor på boendet. Vi har haft genomgång med hjälp av filmer och praktisk träning i på- och avklädning av skyddsutrustning.

Ingen hygienrund har gjorts med hygiensjuksköterska under året på grund av begränsad tillgång till hygiensjuksköterska. Under kommande år kommer en intern hygienrund istället att genomföras enligt checklista från Region Sörmland.

Rutiner Covid-19

Under 2020 har nya ett flertal nya rutiner tagits fram med anledning av Covid -19, exempelvis utökade hygienrutiner, rutiner gällande skyddsutrustning, säkra besök och kohort-vård. I samband med hög sjukfrånvaro har rutin kring prioriteringar vid låg bemanning aktualiserats. Enligt gällande rekommendationer har vi haft noll-tolerans gällande förkylningssymtom hos personal. Vi har haft nära kontakt mellan omvårdnadspersonal och verksamhetschef angående personalens mående. Vi har begränsat antalet vikarier och har så långt det har varit möjligt löst vakanser genom att endast använda vikarier som bara arbetar på Betelhemmet samt att ordinarie personal har arbetat mertid.

Vård i livets slut

Sjuksköterskan leder arbetet vid vård i livets slutskede och ger handledning och stöd till personal och närstående. Fortsatt registrering görs i kvalitetsregistret Svenska Palliativa registret. Under 2020 avled 5 boende och samtliga registrerades i palliativa registret.

Introduktion av nyanställda

Introduktion av nyanställda görs genom att följa framtagen checklista. Alla vikarier och sommarvikarier har fått en gemensam intern utbildning inom lokala rutiner, dokumentation och brandsäkerhet.

De boendes delaktighet

Boenderåd hölls en gång på våren och en gång på hösten. Boende är delaktiga i framtagande och revidering av genomförandeplan.

Riskanalys

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

Verksamhetschef ansvarar för riskanalys genom att kontinuerligt identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten så att patientsäkerheten kan tillgodoses. Verksamhetschef arbetar nära övrig personal, enligt lokala rutiner och i samma fastighet som verksamheten bedrivs, på så sätt förenklas identifiering och bedömning av eventuella risker.

Ett område som varit föremål för riskanalys under de senaste åren har varit hanteringen av läkemedel. En sammanställning av de avvikelser som har registrerats visar att missade signeringar av läkemedel är den vanligaste avvikelserna. Det har exempelvis framkommit att läkemedel ibland ges utanför den boendes lägenhet, framförallt i matsalen, och att det kan innebära att personal blir avbruten i förfarandet och missar en signering. I förhållande till det totala antalet signeringar som görs är siffran gällande missade signeringar låg, men ett förbättringsarbete påbörjades under 2019 har fortsatt under 2020 för att ytterligare minska risken för att en skada ska kunna uppstå.

Det har tidigare år framkommit att omvårdnadspersonalen inte har tillfredsställande kunskaper gällande dokumentation. Utbildning har erbjudits löpande för att öka kunskaperna, men fortfarande upplevde många i personalgruppen att de inte hade tillräckliga kunskaper för att kunna dokumentera på ett tillfredsställande sätt. Detta har exempelvis kunnat observeras i bristfälliga genomförandeplaner och att avvikelserapporter har skrivits i pappersform istället för att registreras i journalsystemet. Detta innebär risker för utebliven eller bristfällig dokumentation som kan leda till försämrad patientsäkerhet. Utifrån denna riskbedömning har all omvårdnadspersonal genomgått utbildning i att registrera avvikelser i Pro Capita och att skriva genomförandeplaner. Vi avsätter under en period extra tid för dokumentation för att all personal ska ges möjlighet att befästa sina kunskaper. Vi har helt slutat att skriva avvikelser på papper och alla avvikelser skrivs nu in direkt i journalsystemet.

Riskanalys på individnivå gör Sjuksköterska genom planering och uppföljning med den boende, närstående, kontaktperson, paramedicinsk personal och läkare enligt lokal rutin. Utifrån de bedömningsinstrument och kvalitetsregister som används för att identifiera risker, exempelvis smärtskalor, görs en hälsoplan med åtgärder.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Betelhemmet har lokala rutiner för sammanställning och analys av avvikelserapporter. Alla avvikelser skrivs in i journalsystemet av den personal som upptäcker avvikelserna. Sjuksköterskan tar emot och analyserar alla avvikelser skyndsamt.

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

Verksamhetschefen sammanställer alla avvikelser varje månad för statistik och analys av innehållet. Alla avvikelser utreds mer eller mindre beroende på allvarlighetsgrad och 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 arbetsplats-träff 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.

Avvikelse rapporteringssystemet är fungerande och det är invand process i personalgruppen. Skillnaden under 2020 är att all personal nu ska skriva in avvikelserna i journalsystemet jämfört med tidigare då de skrevs på papper. Just den delen av processen tar lite längre tid nu i början när alla fortfarande är i en inlärningsfas. Att alla skriver direkt i journalsystemet kommer att underlätta sammanställning och analys av avvikelser samt bidra till patientsäkerheten när vi undviker pappersdokumentation.

De vanligaste händelserna som har inträffat under 2020 gäller läkemedel, framförallt att det saknas signering. En utredning har gjorts 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.

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 2020 har det i perioder varit stora svårigheter att logga in i Pro Capita för både sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Det har även vid ett flertal tillfällen inträffat att SITHS-korten av okänd anledning

inte fungerar. Dessa problem innebär en allvarlig risk för patientsäkerheten. Nya datorer har köpts in för att säkerställa att problemen inte uppstått på grund av gamla datorer. Kontakt har tagits med IT-enheten i Nyköpings Kommun, 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 2020 utan anmärkning.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Senior Alert/Riskbedömning i Pro Capita

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.

Under 2020 har riskbedömningarna på de boende gjorts via bedömning i Pro Capita. Bakomliggande orsaker vid risk identifierades och åtgärdsplan och utfärdades där risk förelåg. Under 2021 är tanken att vi ska återgå till att utföra och dokumentera riskbedömningarna i Senior Alert.

Svenska palliativregistret

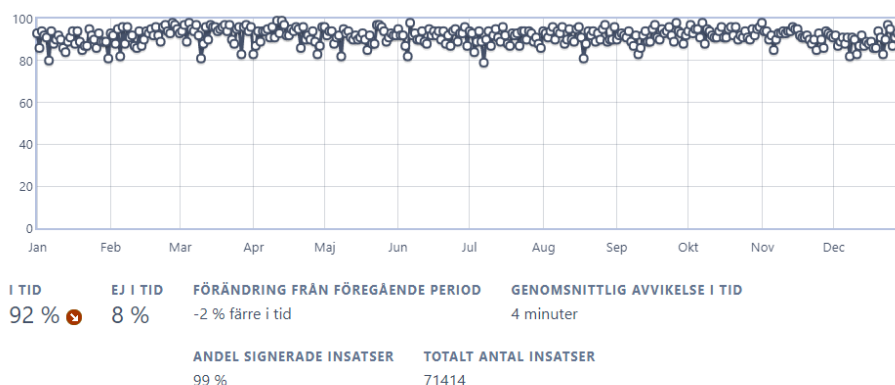
Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede har varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut. Registrering sker inom sju områden.

År 2019 registrerades verksamhetens 4 av 8 inträffade dödsfall i Palliativa registret. Under 2020 inträffade 5 dödsfall. Av de 5 registrerades alla 5 i registret, vilket innebär en förbättring jämfört med föregående år.

APPVA

I samband med digital signering underlättas uppföljning genom egenkontroll. I APPVA registrerades totalt **71 414** insatser under 2020. Insatser är allt man kan signera i APPVA som utförda åtgärder, t ex läkemedelsutdelning, såromläggning, tillsynsbesök, extra näring, träning, stödstrumpor, lägesändring, blodsockerkontroll mm. 92 % av alla insatser utfördes i tid enligt ordination, vilket innebär att 65 700 insatser utfördes utan anmärkning, vilket är ett mycket bra resultat. Av de 8 % som inte utfördes i tid var avvikelser i tid i genomsnitt endast 4 minuter. De resterande har fått avvikelse 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.



Brakarundersökning ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020”

Under året har de boende på Betelhemmet haft möjlighet att besvara socialstyrelsens undersökning ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen”. Andelen svarande av de boende på Betelhemmet var mellan 40–60%.

Undersökningen visar att andelen som är nöjda med sitt äldreboende sammantaget är 100%, ingen har svarat negativt eller neutralt på den frågan.

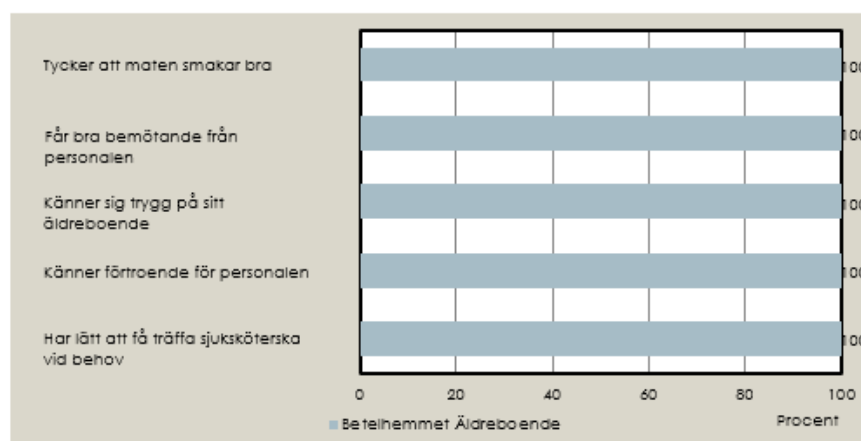
Högst andel positiva svar i undersökningen har Betelhemmet fått gällande maten, bemötande, trygghet, förtroende för personal och tillgång till sjuksköterska.

De frågor där andelen positiva svar var lägst gällde besvär av ensamhet, vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål, tillgång till läkare, kan påverka när man får hjälp och information från personalen vid tillfälliga förändringar.

Utifrån resultatet i undersökningen är de boende på Betelhemmet i stort sett mycket nöjda. Det är ett fantastiskt gott betyg från våra boende, vilket är mycket glädjande. I 2019 års undersökning framkom ett visst missnöje med de aktiviteter som erbjöds. Utifrån det resultatet var ett mål inför 2020 att andelen av de boende som var nöjda med aktiviteterna skulle öka. I 2020 års undersökning har de boende i högre grad svarat att de är nöjda med de aktiviteter som erbjöds. Detta resultat visar att vår satsning på aktiviteter och förbättringsarbete gällande aktiviteter har gett resultat. Inför kommande år vill vi fortsätta att förbättra våra aktiviteter genom att all personal ska kunna ansvara för gruppaktiviteter och att erbjuda fler individuella aktiviteter.

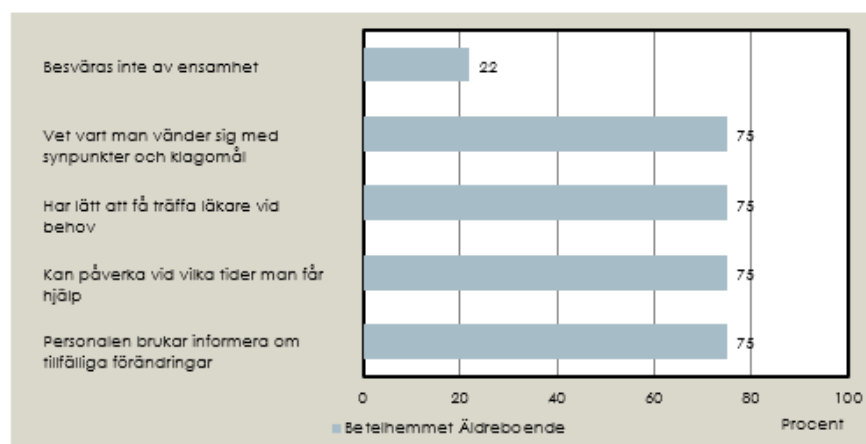
Det finns fortfarande ett behov av att under kommande år uppmärksamma personer som besväras av ensamhet. Under 2020 har det varit svårare för de boende att träffa sina närstående och ta emot besök som vanligt på grund av pandemin. Vi har på Betelhemmet lagt stor vikt vid att i största möjligaste mån minska känslan av ensamhet, t.ex. genom att arrangera varierande aktiviteter både i grupp och individuellt samt att anordna besöksplatser för att de boende under säkra förhållanden skulle kunna ta emot besök. Utvärdering kommer att göras i samband med de individuella vårdplaneringarna och på boenderåd i början av 2021.

De fem frågor där andelen positiva svar är högst



Källa: Socialstyrelsen, Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020

De fem frågor där andelen positiva svar är lägst



Källa: Socialstyrelsen, Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020

Avvikelser

Avvikelser rapporterade i Pro Capita 2020.

Avvikelse	jan	Feb	mar	Apr	Ma j	ju n	ju l	au g	se p	ok t	no v	de c	Tot .
Läkemedel	11	5	9	3	6	8	12	5	6	6	6	9	86
Fall	1		4	5	2	1	1	2	2	4	5	6	33
Allmän omvårdnad	1	1					2			1		1	6
Specifik omvårdnad/rehab				1					1		1		3

Avvikelser jämförelse år 2018, 2019 och 2020

Avvikelse	2018	2019	2020
Läkemedel	99	101	86
Fall	44	21	33
Allmän omvårdnad		1	6
Specifik omvårdnad/rehab	9	1	3

Antalet avvikelser gällande läkemedel har sjunkit 2020 jämfört med föregående år. Under våren 2020 lades stort fokus på läkemedelshanteringen. Avvikelser 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 året 2019 hade vi ett väldigt lågt antal fall. Vi kopplade ihop det med att våra boende överlag var pigga, rörliga och självständiga och som ett resultat av väl fungerande rutiner som efterföljdes. Under 2020 ökade antalet fall något. Vi har under detta år kunnat se en försämring i funktioner hos ett flertal av våra boende relaterat till ålder och sjukdomstillstånd. Flera av fallen kopplas till sjukdomstillstånd där pågående eller återkommande behandling finns. 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 miljö som kunde åtgärdas, exempelvis ommöblering och bättre belysning.

Det fanns inga allvarliga avvikelser gällande allmän eller specifik omvårdnad som krävde någon djupare analys eller åtgärd. Exempel på avvikelse gällande allmän omvårdnad var att omvårdnadspersonal hade glömt att bädda boendes säng med glid- och draglakan. Åtgärder som vidtogs var samtal med berörd personal samt information till övrig personal vid rapporter, kvalitetsmöten och APT.

Exempel på vidtagna åtgärder gällande läkemedelsavvikelser:

- Samtal med berörd personal
- Diskussion på daglig rapport, kvalitetsmöte, APT
- Påminnelser om gällande rutiner på APT
- Uppmuntran (tårta) till personal när förbättringsåtgärder har implementerats
- Personal speglar varandra under arbetspasset, påminnelse om signering i APPVA
- Medicin ska alltid ges i den boendes rum
- Mediceringivning ska alltid signeras direkt efter att medicinen har givits
- Information till personal, boende och närstående om rutin gällande läkemedel

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
- Golvlarm i lägenhet nattetid
- Bedömning
- Höftskyddsbyxor
- Ommöblering av boendes lägenhet
- Förbättrad belysning i 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

Under 2020 har väldigt få klagomål framkommit, vilket tyder på att vi i stort har väldigt nöjda boende och anhöriga. De klagomål eller synpunkter som har framkommit har tagits upp i samband med vårdplanering, vid personliga möten och telefonsamtal eller vid boenderåd och har vid behov åtgärdats omgående och återkopplats till berörda personer enligt den lokala rutinen. Dokumentation sker vanligen i patientjournalen, genomförandeplanen eller i protokoll från boenderåd.

Ett mål för året var att synliggöra blanketten ” synpunkter och klagomål” för boende, anhöriga och personal samt att uppmärksamma den befintliga rutinen kring synpunkter och klagomål. Detta för att förenkla sammanställning av klagomål och synpunkter och underlätta uppföljning. Detta mål har inte uppnåtts under 2020 och blir därför något som vi kommer att arbeta med under 2021.

Händelser och Vårdskador

Alla avvikelser utreds mer eller mindre beroende på allvarlighetsgrad. Allvarliga eller vanligt förekommande avvikelser redovisas och tas upp till diskussion på kvalitetsmötet som hålls en gång i månaden. På mötet diskuteras hur avvikelserna ska hanteras och åtgärder tas fram för att undvika att händelsen upprepas. Under 2020 har det inte gjorts någon utredning enligt Lex Maria.

Riskanalys

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 arbeta enligt planen för att uppnå önskat resultat.

Under 2020 framkom följande risker som de viktigaste att fokusera på:

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

Vi började året 2020 med att fokusera på läkemedelsavvikelser. Målet var att fortsätta minska antalet 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 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 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. Vi upplever att vi har tagit ett steg i rätt riktning genom att all personal har fått utbildning gällande dokumentation under hösten, att vi nu har börjat dokumentera avvikelser i journal-

systemet och att all personal har en 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.

Med anledning av Covid-19 uppkom behovet av en omfattande riskanalys. En rad olika risker framkom vid en strukturerad riskanalys med checklista framtagen av Prevent. Dessa risker behövde åtgärdas omgående, exempelvis att ta fram rutiner för att minska risk för smittspridning och införskaffande av personlig skyddsutrustning. Vi följde rekommendationer och riktlinjer för att arbeta fram våra egna rutiner. All personal fick kontinuerlig information, förutom på möten, även digitalt och i pappersform på anslagstavla för att göra det möjligt att snabbt nå ut till all personal då snabba förändringar ibland krävdes. Uppföljning gjordes kontinuerligt för att säkerställa att alla kände till och följde rutinerna. Utvärdering har skett med personal under höstens medarbetarsamtal och det har framkommit att personalen har känt sig trygga i sin arbetssituation tack vare tillgång till kontinuerlig och uppdaterad information vid snabba förändringar. Att vi lyckades undvika smitta att komma in på boendet visar också på att tydliga och aktuella rutiner, olika informationsvägar för att nå ut med information och noggrann följsamhet till rutinerna har haft mycket god effekt.

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. Vi har även framfört förbättringsförslag för att underlätta och säkerställa att vi får den support som vi har behov av.

Mål och strategier för kommande år

Betelhemmets generella övergripande mål och strategier ska även 2021 vara ledande. Mål och strategier för verksamheten påverkas också av faktorer som ny lagstiftning, utredningar och föreskrifter.

Övergripande mål	Mål/beskrivning	Uppföljning
Nöjda och aktiva boende	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
	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
	Återuppta anhörigträffar (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
Hög kvalitet på vården	Alla genomförandeplaner ska revideras minst 2ggr/år	-Dokumentation i Pro Capita -Sammanställning 2 ggr/år
	All personal ska läsa dokumentation i Pro Capita i början av varje arbetspass	-Checklista/självskattning
	All personal ska dokumentera varje månad i social dokumentation	-Statistik inför varje APT
	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
	Alla lokala rutiner ska revideras under året	APT
Rätt bemanning	Omvårdnadskorten ska vara uppdaterade efter behov och vårdtyngd -anpassa bemanningen efter behov	Avstämning på kvalitetsmötet 1 gång/månad
	-Utbildad undersköterska prioriteras vid tillsättning av tjänster och vikariat.	Kontinuerligt vid tillsättning Sammanställning vid årets slut
Bra måltidssituationer	-Återinföra matråd 2ggr/termin -Återuppta pedagogiska måltider. Minst en personal vid lunch och middag. -Ommöblering i matsalen kontinuerligt efter de boendes behov	I samband med boenderåd Checklista Vårdplanering, kvalitetsmöte

