

Patientsäkerhetsberättelse/ Kvalitetsberättelse

**för Kampementets
vård- och omsorgsboende**

År 2014

Datum och ansvarig för innehållet

150301 Britt-Carin Mångelin, SSK, Kampementet

150301 Taru Ylikylä, verksamhetschef, Kampementet

150301 Ulrika Arousell, verksamhetschef, Kampementet

Sammanfattning

Attendo Sverige AB arbetar systematiskt med kvalitets- och säkerhetsfrågor samt arbetar för att säkra och effektivisera rutiner. Detta arbete skapar förutsättningar för en patientsäker och högkvalitativ vård och omsorg. Patientsäkerheten på Kampementets VOB utgår från denna grund och de riktlinjer som finns inom Attendo Sverige AB.

Många olika faktorer har bidragit till att bibehålla eller öka patientsäkerheten under 2014. Dessa har varit kvalitetsgruppernas sammankomster, uppdaterade rutiner, läkemedelsgenomgångar, regelbundna möten i olika konstellationer, samverkan med stadens MAS, olika projekt, egenkontroll och utbildningar.

En stor del av kvalitets- och säkerhetsarbetet som bedrivs på Kampementet VOB sker via kvalitetsgrupper, de två enheterna på Kampementet har var sin egen kvalitetsgrupp. Dessa grupper har träffats varje månad. Tillsammans har de gått igenom de händelser som ägt rum under den gångna månaden och fattat beslut om åtgärder samt följt upp åtgärder som beslutats om vid tidigare möten.

I Attendos Kvalitetetsindex registreras särskilda händelser, resultat från brukarundersökningar, resultat från externa granskningar, projekt som har ägt rum på enheten, egenkontrollen, positiva händelse, måltidsgranskningar, arbetet med riskanalyser och värderingar e t c. Utifrån ett antal parametrar sammanställs ett resultat som visar det totala resultatet samt huruvida enhetens kvalitetsarbete är godkänd eller inte.

Så här har patientsäkerhetsarbetet bedrivits 2014

Kvalitetsgrupper

På Kampementets VOB finns två kvalitetsgrupper, en grupp för enheten med somatisk inriktning och en grupp för enheterna med demensinriktning. Kvalitetsgrupperna består av kvalitetsordnare, ett kvalitetsombud för varje avdelning, verksamhetschef, arbetsterapeut, sjukgymnast samt sjuksköterskor. Dessa träffas en gång per månad och går igenom samtliga avvikelser som har hänt under den gångna månaden. Nya åtgärder samt eventuella ej fungerande rutiner tas upp och förslagen på åtgärds- och rutinförändringar beslutas. Alla beslut om åtgärder och nya rutiner följs upp vid nästkommande kvalitetsmöte.

Ett protokoll förs. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast påbörjar direkt förändringsarbetet med de nya åtgärder eller rutinförändringar som beslutats. Resultatet följs upp på nästkommande sammanträde för kvalitetsgruppen. På de månatliga APT-mötena tar medarbetarna del av kvalitetsgruppens arbete.

Övergripande kvalitetsmöten sker 2 ggr/halvår. Här diskuteras speciella händelser som är av vikt för hela Kampementets VOB

Möten

Möten av olika konstellationer är en del av patientsäkerhetsarbetet. Varje vecka sker HSL-möten. Här tas aktuella händelser, förändringar eller förslag upp samt kommunikation med både Stadens och Attendos MAS. Med jämna mellanrum sker också en granskning av registreringen i palliativa registret. Målet är att förbättra vården vid livets slut och hålla en kontinuerlig dialog kring den palliativa vården.

Planmöten sker kontinuerligt en gång i månaden och leds av respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Mötena är ett samtalsforum för omsorgspersonalen, sjuksköterska och chef. Mötena är ett forum för att diskutera arbetsrutiner, kommunikation inom arbetsgruppen etc.

Teammöten har skett och sker en gång i veckan. Vid dessa möten träffas omsorgspersonal, sjukgymnast, arbetsterapeut, Silviasyster (på demensanheten) och sjuksköterska. Teammöten utgår från ett personcentrerat och palliativt förhållningssätt. Här kan exempelvis bemötande och BPSD-symtom diskuteras. Handlingsplaner upprättas och följs upp samt dokumenteras i SoL.

Rehabmöten sker under morgonrapporter. Här deltar omsorgspersonal, sjukgymnast, arbetsterapeut samt sjuksköterska. Rehabiliteringspersonal går igenom det som är aktuellt för de boende. omsorgspersonalen tar upp problem eller risker angående förflyttningar, hjälpmedel, skyddsåtgärder mm.

APT- möten hålls en gång varje månad. Vid dessa möten ges aktuell information om ekonomi, förändringar i organisationen, kvalitetsgruppens arbete, SAM, aktuella kurser och utbildningar mm. APT-möten är också ett forum för att diskutera värdegrunden och Attendos värderingar; kompetens, engagemang och omtanke.

Det finns även anhörigmöten och samverkansmöten med både Stockholms Stad och Stockholms Geriatriken, vår läkarorganisation. Anhöriga är en viktig del av vården och ett gott samarbete med anhöriga främjar kvaliteten samt välbefinnandet för de äldre. Läkarsamverkan främjar samarbetet mellan HSL-personal och läkarteamet. Samverkan med Stockholm Stad främjar samarbetet med Stadsdelens MAS.

Information till närstående och anhöriga

Information till anhöriga/närstående ges individuellt via veckobrev och personliga samtal, demensanheten arrangerar närståendeträffar en gång i månaden. Närståendemöten äger rum två gånger om året och då diskuteras ämnen som rör hela

verksamheten, under 2014 har inga externa föreläsare bjudits in. Vid förtroenderåden som äger rum 4 gånger om året deltar representanter för Attendo, representant för Stockholms Stad, kontaktpolitiker, representanter för närstående. Kampementet diskuteras ur olika synvinklar, synpunkter och önskemål tas upp och besvaras.

Allvarliga händelser

Allvarliga händelser ska alltid utredas och dokumenteras. Det kan vara till exempel Lex Maria, Lex Sarah, klagomål och allvarliga händelser som hot och stöld. Händelser inom ramen för Lex Sarah och Lex Maria ska rapporteras vidare till kvalitets-avdelningen och Östermalms Stadsdelsförvaltning. Under 2014 har en händelse på demensenheten utretts enligt Lex Sarah SOSFS 2011:5, utredningen kom fram till att händelsen inte är att betrakta som missförhållande eller risk för missförhållande. På den somatiska enheten har en händelse utretts enligt Lex Sarah SOSFS 2011:5, utredningen kom fram till att händelsen är att betrakta som ett missförhållande eller risk för missförhållande och är inskickad till IVO. Ingen feedback från IVO har kommit till verksamheten till dagens dato. Båda händelserna är kommunicerade till uppdragsgivaren.

Andra händelser

Miljöförvaltningen gjorde oanmäld inspektion av verksamheten 2014-01-15, Miljöförvaltningen bedömde vid kontrollen att verksamheten följde reglerna i livsmedelslagstiftningen på de områden som kontrollerades. Inga avvikelser från reglerna konstaterades.

Kvalitetsbokslut

Attendo Sverige AB har för tredje gången kunnat presentera ett kvalitetsbokslut. Kvalitetsbokslutet visar en samlad bild av kvalitetsarbetet i företaget. Bland annat kan man se att arbetet med fallprevention gett resultat och att antalet fall minskat.

Olika kvalitetsindikatorer och bedömningar

Hos samtliga brukare har olika riskbedömningar gjorts. Dessa är MNA, Norton och Downton Fall Risk Index. Alla brukare som har haft eller har någon risk gällande undernäring, trycksår eller fall har en vårdplan med mål samt åtgärder. Vårdplanen följs upp med jämna mellanrum.

Andra rutiner och bedömningar görs också. Det finns rutiner för kontroll av diabetikers fotstatus. Vidare görs registreringar av nattfastan hos samtliga brukare. Frekvensen ser olika ut mellan den somatiska enheten och demensenheten. Nattfasteregistrering görs två gånger per år på de somatiska enheterna och kontinuerligt på enheterna med demenssjuka. Nattsjuksköterskorna ansvarar för att dokumentera nattfastan i journalsystemet.

Det finns också rutiner för inkontinensutredningar och vårdplaner skrivs ang. inkontinenshjälpmedel. Under det gångna året har en kvalitetssäkring av inkontinenshjälpmedel utförts hos nyinflyttade brukare. Kontinuerliga uppföljningar görs av tidigare ordinerade inkontinensskydd hos samtliga brukare. Vid eventuell

byte av inkontinensskydd görs en ny utprovning och sjuksköterskan ordinerar därefter.

Arbetet med att använda smärtskattningsinstrument visar att vi måste arbeta mer med att erbjuda efterlevandestöd samt att använda smärtskattningsinstrument i större skala. Verksamheten har haft en omsättning av omvårdnadsansvariga sjuksköterskor vilket gör att verksamheten fortfarande ska arbeta med att erbjuda efterlevandesamtal samtidigt som det på en del avdelningar fungerar väldigt bra.

Samtliga enheter har gjort och gör en infektionsregistrering varje månad. Det görs också kvartalsvisa registreringar över antalet delegeringar samt vad som är delegerat.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering utfördes 2014-09-17 av Apotekhjärtat, den mest angelägna avser temperaturövervakningen i kylskåp, detta är idag åtgärdad av verksamheten.

Flexident utför munhälsobedömningar på samtliga brukare enligt upphandling av Stockholms Stad. Bedömningen ska göras inom tre månader från inflytt, därefter görs munhälsobedömning en gång per år. Brukaren själv väljer utförare för tandvård förutom munhälsobedömning.

Samtliga rutiner för all personal har uppdaterats både när det gäller HSL och SoL.

Läkemedelsgenomgångar

Ansvarig läkare har gjorts läkemedelsgenomgångar för samtliga brukare. Läkare lämnar kontinuerligt över uppdaterade listor så att omvårdnadsansvarig sjuksköterska kan förbereda inför läkemedelsgenomgång.

Utbildningar under året

- Brandutbildning till samtliga medarbetare
- Utbildning gällande basala hygienrutiner pågår kontinuerligt. Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har huvudansvaret för att samtlig personal får en genomgång samt får göra ett kunskapstest.
- Hygienutbildning av vårdhygien
- Läkemedelsutbildning, läkemedelsgenomgångar, för sjuksköterskor via Östermalms Stadsdelsförvaltning.
- Många av våra brukare har risk för att sätta i halsen vid måltider p.g.a sina sjukdomar. Rutiner har utarbetats för att förhindra detta men skulle det förekomma finns rutiner för hur sådana situationer skall hanteras. Enligt rutin ligger ansvaret för muntlig samt praktisk utbildning i Heimlichmanövern hos omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Utbildning skall ske vid två tillfällen per år samt vid nyanställning av omvårdnadspersonal
- BPSD-administratörsutbildning, 3 personer från demensenheten
- Utbildning i nationell värdegrund på web, ca hälften av omvårdnadspersonalen
- Utbildning för måltidsvärdar, 6 undersköterskor
- Kost och måltider för undersköterskor
- Palliativ vård, specialistutbildning för USK (KY 2 år) 1 person

- Demens, specialistutbildning för USK (KY, 2 år) 2 personer
- Äldrehälsa, specialistutbildning för USK (KY, 2 år) 1 person
- Äldrepsykiatri, specialistutbildning för USK (KY, 2 år) 1 person
- Sårutbildning – 2 sjuksköterska
- Nationell värdegrund, 7,5 p - 1 undersköterska
- Munhälsa för undersköterskor med Flexident
- Arbetsmiljöutbildning på web
- Förflyttningsergonomi, samtlig personal
- Måltidsutbildning av Dafgård
- Utbildning i inkontinenshjälpmedel av Tena – både sjuksköterskor och undersköterskor
- 14 vårdbiträden har genomgått utbildning till undersköterska under 2014
- Dokumentation inför införandet av ICF-journaler för samtliga sjuksköterskor
- Demensdagar för inspiration för sjuksköterskor på demensenheten och Silviasyster
- Utbildning för värderingscoacher

Egenkontroll

Egenkontrollen är vår egen kvalitetsrevision och genomförs på alla enheter en gång per år. I egenkontrollen mäts den tekniska kvaliteten på verksamheten, d v s att lokala rutiner, riktlinjer, lagar och förordningar följs. Vidare kontrolleras dokumentationen och hur denna fungerar och att föregående års förbättringsåtgärder genomförts. Kraven i våra egenkontroller är högt satta. För de delar som eventuellt inte blivit godkända görs en åtgärdsplan som följs upp varje månad.

Projekt

Ett projekt pågår på demensenheten med syfte att förbättra SoL-dokumentationen genom att tid avsätts i dagplaneringen. Målet är att dokumentationen ska bli godkänd i den årliga granskningen både när det gäller själva dokumentationen och genomförandeplanerna.

Ett annat projekt handlar om brytsamtal och palliativ vård utifrån nationella riktlinjer. Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på demensenheterna deltar i projektet tillsammans med hela vårdteamet inklusive ansvarig läkare från Stockholmsgeriatriken. Målet är att förhindra att demenssjuka personer i livets slut vårdas på sjukhus.

Ytterligare ett projekt har startats för att minska BPSD genom latinsk dans. En baslinjemätning i BPSD-registret har gjorts på de deltagande brukarna och täta mätningar görs samtidigt som latinsk dans erbjuds som aktivitet.

På enheten med demenssjuka pågår fortlöpande genomgångar av läkemedel för att möjligt minska användandet, framförallt gäller det psykofarmaka, laxantia samt blodtrycks-sänkande mediciner. Projektet har inte haft samma genomslagskraft av olika anledningar på de somatiska enheterna.

Klagomål

Flera klagomål har inkommit på den somatiska enheten, samtliga klagomål rör omvårdnaden av en brukare, samtliga klagomål är besvarade, åtgärdsplaner är upprättade och följs upp. Klagomålen samt åtgärdsplanerna är kommunicerade till uppdragsgivaren.

Övrigt

Nya golvmattor har lagts där golvmattan har släppt och orsakat fallrisk för både brukare och personal. Upplevelserummet har rustats upp för att bättre kunna nyttjas för de aktiviteter som efterfrågas. En storbilds-TV har installerats i entrén, tanken är att TV:n ska kunna användas för aktiviteter så som julkonsert, filmvisning, internet mm.

Förbättringsarbete 2014

Vid senaste HSL-mötet och genomgången av ”spindeln” ur palliativa registret visade på att vi behöver bli bättre på att erbjuda efterlevnadsamtal. En förklaring kan vara att antalet boende som är registrerade i registret varierar. Det visar också att det är svårt att mäta och jämföra från år till år huruvida efterlevnadssamtal faktiskt hålls. Målet är ändå att fler anhöriga skall erbjudas efterlevnadssamtal.

Det behöver också ske förbättringar med att skatta smärtan hos boende under den sista levnadstiden. Målet är att sjuksköterskorna skall i större utsträckning använda de validerade smärtskattningsinstrumenten. VAS/SÖS- sticka har införskaffats till samtliga sjuksköterskor.

I avvaktan på svar från Datainspektionen påbörjas inga registreringar i kvalitetsregister för de personer som varaktigt saknar beslutsförmåga.

Sjukgymnast och arbetsterapeut kommer fortsättningsvis ha stående tider två gånger per månad för förflyttningsteknik, förutom de större förflyttningutbildningarna som arrangeras.

Ledning för kvalitetsarbetet på Kampementets vård- och omsorgsboende

VC

Taru Ylikylä(demensenheten) Ulrika Arousell(somatikenheten)
Christina von Segebaden (samordnande VC)

HSL ANSVAR
Ulrika Arousell

SOL ANSVAR
Taru Ylikylä,

KVALIETSSAMORDNARE
Deborah Olsson(demensenheten)

HSL Uppdrag
Britt-Carin Mångelin

Ulrika Arousell

Alice Welin (somatikenheten)

SAMORDNARE

Tuula Kauikkinen (demensenheten)
Hamdi Sugule (somatisk enhet)

LEDNINGSGRUPP

Christina von Segebaden, Taru Ylikylä,
Ulrika Arousell och samtliga omvårdnads-
ansvariga sjuksköterskor