

Patientsäkerhetsberättelse

för Kampementets vård- och omsorgsboende

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

130220 Madeleine Gemzell, leg. ssk, HSL-uppdrag

Granskad av leg. ssk Hanna Djapo

Sammanfattning

Attendo 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 Kampementet utgår från denna grund och de riktlinjer som finns inom Attendo AB.

Många olika faktorer har bidragit till att bibehålla eller öka patientsäkerheten under 2012. Dessa har varit kvalitetsgruppernas sammankomster, uppdaterade rutiner, läkemedelsgenomgångar, regelbundna möten i olika konstellationer, demensprojekt, egenkontroll och utbildningar.

En stor del av kvalitets- och säkerhetsarbetet som bedrivs på Kampementet sker via kvalitetsgrupper. 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.

I Attendos Kvalitetetsindex registreras särskilda händelser, resultat från brukarundersökningar, resultat från externa granskare, projekt som har ägt rum på enheten, egenkontrollen, positiva händelser t c. Utifrån ett antal parametrar sammanställs ett resultat som visar huruvida enheten är godkänd eller inte.

Så här har patientsäkerhetsarbetet bedrivits 2012

Kvalitetsgrupper

På Kampementet finns två kvalitetsgrupper, en grupp för enheten med somatisk inriktning och en grupp för enheterna med demensinriktning. Kvalitetsgrupperna består av kvalitetssamordnare, ett kvalitetsombud för varje enhet, 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.

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 alla händelser.

Övergripande kvalitetsmöten sker 2 ggr/halvår. Här diskuteras speciella händelser som är gemensamt för hela Kampementet.

Möten

Möten av olika konstellationer är en del av patientsäkerhetsarbetet. Varje vecka sker HSL-möten. Här tas aktuella händelser, förändringar eller förslag upp. 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 vård vid livets slut.

Planmöten har relativt nyligen startat på Kampementet. Dessa möten har skett några gången under det gångna året och sker även i nutid. Mötena sker en gång i månaden och leds av respektive verksamhetschef. Mötena är ett samtalsforum för omsorgspersonalen, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, silviasyster och chef. Mötena ger en möjlighet till att diskutera arbetsrutiner, kommunikation inom arbetsgruppen e t c.

Teammöten har skett och sker en gång i veckan. Vid dessa möten träffas omsorgspersonal, sjukgymnast, arbetsterapeut, Silvia syster och sjuksköterska. Teammötena utgår från ett palliativt förhållningssätt. Här kan exempelvis bemötande och BPSD- symtom diskuteras. Handlingsplaner skrivs och följs upp samt dokumenteras i SoL.

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

APT- möten hålls en gång varje månad. Vid dessa möten ges information om kommande händelser, utbildningar, förändringar, avvikelser e t c.

Det finns även anhörigmöten och läkarsamverkansmöten. Anhöriga är en del av vården och samarbetet sinsemellan främjar kvaliteten samt välbefinnande för de äldre. Läkarsamverkan främjar samarbetet mellan HSL-personal och läkarteamet.

Information till närstående och anhöriga

Information till anhöriga/närstående ges individuellt. Vid förtroenderåden som äger rum 4 ggr år ges information om händelser.

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. Det har inte skett någon allvarlig händelse under år 2012.

Andra händelser

En brandkårsutryckning har skett under året på grund av rökutveckling då en ugn inte var ordentligt rengjord. Det har också varit vattenläckage i ett medicinrum samt i en skölj på plan 5 vilket har åtgärdats.

Kvalitetsbokslut

Attendo AB har för första gången kunnat presentera ett kvalitetsbokslut. Kvalitetsbokslutet visar en samlad bild av kvalitetsarbetet.

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.

Det finns också rutiner för inkontinensutredningar och vårdplaner skrivs ang. inkontinenshjälpmedel. Under det gångna året har en kvalitetssäkring av inkontinenshjälpmedel utförts hos samtliga brukare.

Arbetet med att använda smärtskattningsinstrument har förbättrats under år 2012 jämfört med år 2011.

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 akut och buffertförråd samt brukarnas egna läkemedel har utförts av apoteket. Enheterna har i stort en säker läkemedelshantering och förslag på vissa förbättringar har åtgärdats

Samtliga rutiner för all personal har uppdaterats.

Läkemedelsgenomgångar

Ansvarig läkare har gjorts läkemedelsgenomgångar för samtliga brukare.

Utbildningar under året

- Introduktionsutbildning för nyanställda
- Förflytningsutbildning till samtliga medarbetare
- Brandutbildning till samtliga medarbetare
- Utbildning med Annika Myhr från vårdhygien vid fyra tillfällen angående basala hygienrutiner

- Läkemedelsutbildning för sjuksköterskor via Östermalms Stadsdelsförvaltning.
- Inkontinensutbildning. Eva Dunder från Tena gick igenom allt som rör kvalitetssäkring av inkontinensprodukter, hur utprovning går till, vilka produkter som finns samt följde upp vår kvalitetssäkring.
- I samarbete mellan Attendo AB och Östermalms Stadsdelsförvaltning har tre sjuksköterskor deltagit i en utbildning om de nationella riktlinjerna för demenssjuka vid Alzheimerföreningen i Lund. En av uppgifterna var att starta ett förändringsarbete på enheterna.
- Majoriteten av omvårdnadspersonalen har genomgått utbildning i skötsel av hörapparat genom hörselassistent i Stockholms stad.
- Anhörigstödsutbildning för samtliga medarbetare har anordnats av Gunilla Matheny.
- Många av våra brukare har risk för att sätta i halsen vid matintag 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. Likaså har omvårdnadsansvariga sjuksköterskor ansvaret för att gå igenom de basala hygienrutinerna.

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 förbättringsarbete i Famna värdegrund har bedrivits under hösten 2012 där syftet var att undersöka förekomsten och möjliga orsaker till uppkomsten av BPSD-symptom. Coach för projektet var Jemma Myrberg. Projektet har gjorts i samarbete med Attendo Rio Vård och Omsorg. Projektgruppens medlemmar har varit Silviasystrar, undersköterska, rehabiliteringspersonal samt sjuksköterska.

Mätningar på nyinflyttade, slumpmässigt utvalda brukare har gjorts med NPI-NH som är ett validerat mätinstrument för att mäta BPSD-symptom. Lugnande läkemedel samt sömntabletter har räknats. Den första beräkningen har genomförts den 21/9 och den andra beräkningen den 30/11. Det har visat en minskning av dessa läkemedel som uppgick till 73%.

Personalen har beskrivit och beskriver ibland en osäkerhet i bemötandet av personer med BPSD-symptom. En checklista har skapats efter att ha analyserat varför medarbetarna känner sig osäkra i sitt bemötande. Checklistan hjälper oss att ta del av varandras kunskaper och kompetens genom ett multiprofessionellt arbetssätt.

Hembesöken har gjort det möjligt för oss att träffa hemtjänsten/distriktssköterska personligen vilket ofta ger en bra bild av personen som flyttar in till oss.

Sammanfattningen är att BPSD-symptomen minskat trots reducerat användande av lugnande medel och/eller sömntabletter. Det har inte skett någon mätning i dagsläget hur en reducering av dessa läkemedel har påverkat fallrisken eller inte.

Klagomål

Inga klagomål har inkommit gällande patientsäkerheten.

Övrigt

Nya trycksårsmadrasser har köpts så att brukare med risk för trycksår direkt kan erhålla en avlastande madrass. Det har också skett en besiktning av samtliga hjälpmedel samt sängar. En del sängar har åtgärdats och 14 av dem har bytts ut.

Förbättringsarbete 2013

Arbetet med basala hygienrutiner behöver förbättras. Nytt för i år är att samtlig personal får göra ett kunskapstest som sedan sparas i personalakten.

Vid senaste HSL-mötet och genomgången av "spindeln" ur palliativa registret visade på att vi blivit sämre på efterlevandesamtal. 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.

Samtycken skall ges till mycket vilket skapar mycket osäkerhet då olika bud kommer från olika håll, framförallt vad gäller de personer som inte kan svara för sig själva och ej har en laglig företrädare(förvaltare)och vi behöver få kunskap hur informationsöverföring får ske utan att begå ett lagbrott.

Det finns problem med bubblor i plastmattan på några ställen, dels i boendes rum och dels i allmänna utrymmen. Dessa bubblor utgör en fallrisk. Detta påtalades år 2012 men det har ännu inte blivit åtgärdat. Målet är att dessa bubblor skall bli åtgärdade snarast.

Ledningssystem för kvalitetsarbetet på Kampementets vård- och omsorgsboende

VC

Taru Ylikylä(demensenheten) Aviva Kraitsik(somatikenheten)
Christina von Segebaden (samordnande VC)

HSL ANSVAR

SOL ANSVAR

KVALITETSSAMORDNARE

Aviva Kraitsik

Taru Ylikylä,
Aviva Kraitsik

Eunice Peroti (demensenheten)
Vaai Ikenaso (somatikenheten)

SAMORDNARE

Tuula Kauikkinen (demensenheten)
Claudia Arrendondo (somatikenheten)

LEDNINGSGRUPP

Christina von Segebaden, Taru Ylikylä,
Aviva Kraitsik och samtliga
omvårdnadsansvariga sjuksköterskor