

Årsrapport om arbeid med forbedringsarbeid på Domkirkens sykehjem 2016.

1. Deltagere i kvalitetsutvalget

Daglig leder, avdelingsleder, lege og sykepleier i avdelingen og helsefagarbeider har møterett. I enkelte tilfeller er også styreleder og leder for dagsenter eller kjøkken deltager.

2. Hvor ofte har dere møte i virksomhetens kvalitetsutvalg

I 2016 hadde utvalget 5 møter og behandlet 20 saker. I 2015 behandlet vi 14 saker i 3 møter.

3. Antall behandlede avvik:

Avdelingen:

Type avvik	2016	2015	2014	2013
Fall	40	44	96	129
Medisinering feil/nestenfeil	26	51	106	642
Rutinesvikt	14	18	25	36
Svikt teknisk utstyr	0	0	3	
Alvorlig hendelse	1	0	3	
SUS – annet avvik	0	0	1	

Vi har de to siste årene jobbet mye med tiltak for å forebygge avvik. Vi vurderer at vi også i 2016 lyktes med dette, i og med at tallene gikk enda litt ned. Vi hadde 41 fall, og med en gjennomsnittlig alder på langtidspatientene på over 90 år, skal det godt gjøres å komme lavere enn dette.

Direktørens kvalitetsutvalg avdekket etter et alvorlig fall med lårhalsbrudd, svakheter ved avdelingens dokumentasjon av forebygging, behandling og evaluering av tiltak i pasientjournaler. De ba oss om en redegjørelse av tiltak for å forbedre og kontrollere disse svakhetene.

Vi satte i gang en rekke tiltak, som vi allerede hadde sett klare resultater av i antall fall hos pasienter. Dette bemerket vi til kvalitetsutvalget.

Direktøren inviterte oss på den bakgrunnen til å fortelle om resultatene i «Den gode historien» i månedlig kontaktmøte for virksomhetsledere i levekårsavdelingen.

Kjøkkenet:

I kjøkkenet er det arbeidet systematisk med matsikkerhet og kvalitet og hygienerutiner.

Leder behandlet i 2016 4 avvik. Disse gjaldt rutinesvikt, og ingen på andre områder.

I 2015 var det 38 avvik. 11 av disse gjaldt matkvaliteten. Avvikene er tatt opp både med den enkelte ansatte Disse avvikene behandles både i avdelingsmøter og med enkeltansatte.

Klage:

Vi har behandlet en klage fra pårørende om et tvangsvedtak fattet om stell av pasient. Vi hadde et møte med pårørende og da vi ikke ble enige, anbefalte vi dem å påklage vedtaket. Fylkesmannen opprettholdt tvangsvedtaket.

Kjøkken:

Kjøkkenpersonalet har arbeidet systematisk med forbedring av måltidene og ernæringstilbudet til pasientene i hele 2016. Første innsatsen var forbedring av farge, smak og konsistens på most mat. Det neste var serveringen av maten. Kokkene legger opp varm middag på varme tallerkener til pasientene i spiserommet. Videre ble det laget dagsmenyer til å ha på spisebordene, slik at pasientene skulle kunne glede seg til middagen. Den siste forbedringen har vært å lage varierte næringsrike lekkerier, som f.eks. tilslørte bondepiker og smudies som serveres i små delikate glass. Disse gis som mellommåltider og spesielt etter kveldsmaten, som nattmat, for å forkorte nattfasten.

Mye av forbedringsarbeidet har vært mulig i og med at vi har økt antall faglærte kokker.

4. Antall avvik som er sendt til direktørens kvalitetsutvalg

1 avvik. Pasient falt og fikk lårhalsbrudd.

5. Rutiner for avvikshåndtering i hele Domkirkens sykehjem.

Rutinen i sykehjemsavdelingen er beskrevet i «Systematisk forbedringsarbeid på Domkirkens sykehjem».

6. Personskader meldt i Synergi

Alle ansatte har fått innføring i bruk av Synergi ved personskader. Det ble meldt 22 saker i 2016. I 2015 var det 12. 16 skader ble meldt første halvår, og de langt fleste skyldtes uro hos en pasient. Vi fikk undervisning og Marte Meo-veiledning fra Blidensol sykehjem, og arbeidet iherdig med å forebygge skader. Siste halvår var det meldt 6 skader, hovedsakelig grunnet en annen urolig pasient.

Hvilke typer avvik tas opp i eget kvalitetsutvalg?

Vi behandler generelt avvik, både forekomst og type. Videre behandler vi rutiner, og klager. Vi har arbeidet mye med pasienturo og forbedringsområder, som fall, dokumentasjon og ernæring og måltidsglede.

7. Hvilke tiltak iverksettes for å lukke avvik?

Dette avhenger selvsagt av avvikets karakter. Avvik lukkes løpende, når forhold er rettet opp, og tilbakemelding er gitt den det gjelder eller til melder. I avdelingen informeres det om avvikene i avdelingsmøter. I 2016 har legen og daglig leder behandlet alle avvik og sett på dokumentasjonen i Cosdoc. Særlig alvorlige eller kompliserte avvik, og gjentatte avvik, behandles i kvalitetsutvalget.

8. Hvordan sikrer dere at ansatte er kjent med rutiner for avvikshåndtering?

I sykehjemsavdelingen blir alle ansatte gjort kjent med avviksmeldinger i Cosdoc, og fagfolk blir gjort kjent med QLM. Dette ligger i opplæringsprogrammet for vår nyansatte. De må signere på at de enten er kjent med prosedyrene fra før, eller har fått opplæring. Rutiner tas også opp ved legemiddelgjennomgang og i morgenrapporter og avdelingsmøter. Og de blir tatt opp løpende i samtale om avvikshåndtering med involverte ansatte. Alle ansatte blir minnet på eller opplært i Synergi etter plan i HMS uke.

9. Hvor ofte gjennomfører dere undervisning knyttet til forbedringsarbeid?

Forbedringsarbeidet stimuleres til i faglunsjer. Da har vi undervisning, enten med folk utenfra eller internt. Ambisjonen har vært en månedlig faglunsj og fokusmåned. Det har vi ikke gjennomført.

Ulike tema knyttet til forbedring av rutiner og arbeidsprosedyrer tas opp som tema på avdelingsmøter og i sykepleier/hjelpepleier møter. Der går vi også gjennom nye prosedyrer eller repeterer gamle. Vi jobber hele tiden for å forbedre oss, lage gode rutiner og ikke minst jobber for at alle ansatte er kjent med rutinene/prosedyrene og bruker de.

I endringsarbeid av større omfang involveres også de tillitsvalgte i organisasjonen.

Hvor har dere egen kvalitetshåndbok ?

Lokal kvalitetshåndbok står på datarommet og er under utvikling.