

Förbättringsprogram

Palliativ vård Syd 2015



Inledning

Att skapa en bestående god palliativ vård för patient/brukare.

Att arbeta med ständiga förbättringar kopplat till registerdata utifrån Svenska palliativregistret.

Registercentrum Syd Karlskrona-Lund bjöd in till ett utvecklingsprojekt i Södra sjukvårdsregionen för enheter/verksamheter som arbetar inom palliativ vård, starten skedde våren 2015 och avslutades i oktober 2015. Utvecklingsprojektet har skett i nära samverkan med Regionalt Cancercentrum Syd, Svenska palliativregistret och Palliativt utvecklingscentrum. Enheten för strategisk kvalitetsutveckling, Region Skåne har bistått teamen under förbättringsprogrammet. Kontinuerligt utbyte av erfarenhet och kompetens har skett med Sydöstra Regionen och RC Sydost, vilka parallellt genomfört ett utvecklingsarbete i palliativ vård utifrån snarlikt upplägg.

Vad är det vi tillsammans har åstadkommit?

Ambitionen har varit att erbjuda stöd i verksamhetens systematiska förbättringsarbete samt öka förståelsen och kunskapen kring ständiga förbättringar kopplat till kvalitetsregisterdata och utfallsmått. Syfte med arbetet har varit att uppnå en ökad kvalitet samt ett ökat värde för dem teamen/verksamheterna finns till för.

Fokus har utgått initialt ifrån fyra indikatorer då dessa uppmärksammats som förbättringsutrymme från Svenska palliativregistret: *brytpunktssamtal till patient utfört samt dokumenterat; smärtskattning utförd med hjälp av validerade smärtskattningsinstrument; munhälsa bedömd enligt ROAG samt dokumenterad; vid behovsordination mot ångest ordinerad*. Målet är att nå 100 % i samtliga indikatorer. Det har också funnits möjlighet att arbeta med andra kvalitetsmål som för verksamheten upplevts som relevanta, grundat från Svenska palliativregistret.

Medverkan av patient/brukare/närstående ses som en naturlig del i detta arbete därför har patientföreträdare medverkat vid varje lärandeseminarium som stöd och råd till samtliga team. Yttersta syftet är att ha fokus utifrån värdeskapande för patienten.

Genomförande

Inför uppstarten har teamen besökts av programgruppen för att ha möjlighet att förbereda arbetet.

Teamen har träffas vid fyra lärandeseminarier (LS) och med handledning mellan seminarierna. På lärandeseminarierna har teamen fått kunskap om systematiskt förbättringsarbete och registerkunskap och fått ta del av varandras erfarenheter (registeranvändning och förbättringskunskap). Möjlighet har också getts till ett fördjupat lärande kring Nationellt vårdprogram för palliativ vård, vårdplan etc. Teamen har på hemmaplan bedrivit utveckling kopplat till de mål som satts upp.

Förbättringsprogram Palliativ vård Syd 2015

Hälsostaden Ängelholm

Thronée Linda	linda.thronee@skane.se
Hellstrand Birgitta	birgitta.hellstrand@skane.se
Fält Camilla	camilla.falt@skane.se
Orellana Tall Ximena	ximena.orellanatall@skane.se
Seeberg Kajsa	kajsa.seeberg@skane.se

Österbo - Lund

Odell-Carlsson Birgitta	birgitta.odellcarlsson@vardaga.se
Nilsson Madeleine	madeleine.nilsson@vardaga.se
Vargas Bjelk Carolina	carolina.vargasbjelk@vardaga.se
Kaneli Janna	janna.kaneli@vardaga.se
Pajdzik Beata	beata.pajdzik@vardaga.se
Kretz Maria	maria.kretz@vardaga.se

Närsjukvårdskliniken Hässleholm

Colliander Helen	helen.colliander@skane.se
Kuop Maria	maria.kuop@skane.se
Berg-Borglin Jessica	jessica.berg-borglin@skane.se
Busch Lisbeth	lisbeth.busch@skane.se
Brynk Åsa	asa.brynk@skane.se
Eryd Ewa	ewa.eryd@skane.se
Knutsson Tine	tine.knutsson@skane.se
Fägersjö Carina	carina.fagersjo@skane.se
Johansson-Göransson Pernilla	pernilla.johansson-goransson@skane.se
Winiarski Michal	michal.winiarski@skane.se
Granslandt-Hansson Ylva	ylva.granslandtHansson@skane.se
Grenby Maria	maria.grenby@skane.se
Reateria Carol	carol.reateria@skane.se

Palliativ vård och ASIH Malmö

Cederholm Emilia	emilia.cederholm@skane.se
Löf Gunilla	gunilla.lof@skane.se
Siljehav-Ozimek Carina	carina.siljehavOzimek@skane.se
Stenegard Barbro	barbro.stenegard@skane.se
Dalsjö Anna	anna.dalsjo@skane.se

Palliativ vård och ASIH Helsingborg/Ängelholm

Nilsson Arnhild	arnhild.nilsson@skane.se
Hallgårde Åsa	asa.hallgarde@skane.se
Andersson Ingela	ingela.im.andersson@skane.se
Frosthagen Eva-Marie	eva-marie.frosthagen@skane.se
Bengtsson Kristina	kristina.pht.bengtsson@skane.se
Johansson Kristina K	kristina.k.johansson@skane.se

Palliativ vård och ASIH Lund

Tengvall Camilla	camilla.tengvall@skane.se
Hallin Annika	annika.hallin@skane.se
Lincoln Anne-Charlotte	anne-charlotte.lincoln@skane.se

Landskrona stad

Holm Lena	lena.holm@landskrona.se
Goldner Malin	malin.goldner@landskrona.se
Persson Ewa	ewa.persson@landskrona.se
Tagesson Landin Carina	carina.tagessonlandin@landskrona.se
Rönn Pia	pia.ronn-olsson@landskrona.se
Edlund Malin	malin.edlund@landskrona.se

Palliativmedicinska sektionen Blekingesjukhuset Karlshamn

Kallenberg Tanja	tanja.kallenberg@ltblekinge.se
Mattsson Titti	titti.mattsson@ltblekinge.se
Listrup Pia	pia.listrup@ltblekinge.se
Wennerberg-Jönsson Linda	linda.jonsson@ltblekinge.se
Björkhem Martina	martina.bjorkhem@ltblekinge.se
Ardegård Anna	anna.ardegard@ltblekinge.se
Arauzo Alonso Sergio	

Palliativmedicinska sektionen Blekingesjukhuset Karlskrona

Perland Camilla	camilla.perland@ltblekinge.se
Johansson Gun-Britt	gun-britt.johansson@ltblekinge.se
Pettersson Karin	Karin.pettersson@ltblekinge.se
Sevestedt Mikaela	mikaela.sevestedt@ltblekinge.se
Carralero Pablo	pablo.varralero@ltblekinge.se

Älmhults kommun, Markaryds kommun, Palliativa rådgivningsteamet Ljungby

Nyblom Emma	emma.nyblom@almhult.se
Nilsson Camilla	camilla.nilsson@markaryd.se
Johansson Jenny-Ann	jenny-ann.johansson@kronoberg.se
Bolin Susanna	susanna.bolin@almhult.se
Andersson Kajsa	kajsa.andersson.markaryd.se

Växjö Kommun

Hreinsdottir Thorunn	thorunn.hreinsdottir@vaxjo.se
Ottosson Ulla	ulla.ottosson@vaxjo.se
Engstrand Lina	lina.engstrand@vaxjo.se

Palliativa rådgivningsteamet (östra delen) Onkologkliniken, Region Kronoberg

Reimertz Helene	helene.reimertz@kronoberg.se
Björk Maria	maria.bjork@kronoberg.se
Karlsson Helena	helena.karlsson@kronoberg.se

Avd 40, Onkologkliniken, Växjö

Alvarsson Stina	stina.alvarsson@kronoberg.se
Johansson Elisabeth	elisabeth.m.johansson@kronoberg.se

Örkelljunga kommun

Larsson Linda	Linda.larsson@orkelljunga.se
Karterud Marie	Marie.karterud@orkelljunga.se
Wulff Elin	Elin.wulff@orkelljunga.se
Larsson Jessica	Jessica.larsson@orkelljunga.se

Programgrupp

Albinsson Margareta	Programansvarig	margareta.albinsson@skane.se
Unné Anna	Projektledare	anna.unne@skane.se
Hagman Nilsson Anna	Handledare	anna.HagmanNilsson@skane.se
Wendel Eva	Handledare	eva.wendel@ltablekinge.se
Larsson Brita	Handledare	brita.larsson@adaptus.se
Ainalem Ingrid	Handledare	ingrid.ainalem.@skane.se
Ikonomidou Eleni	Handledare	eleni.ikonomidou@skane.se
Albrecht Susanne	Handledare	susanne.albrecht@ltablekinge.se
Larsen Lone	Handledare	Lone.larsen@kronoberg.se
Reimertz Helene	Handledare	Helene.reimertz@kronoberg.se
Gunnarsson Anne	Programadministratör	anne.gunnarsson@skane.se

Resurspersoner

Axelsson Monica	Palliativregistret	Monica.axelsson@palliativt.se
Ornell Marina	Palliativt Utveckl centrum	Marina.ornell@skane.se
Duarte Anette	Palliativt Utveckl centrum	Anette.duarte@skane.se
Olsson Maria	Palliativregistret	Maria.olsson@palliativt.se
Kronberg Thor Micaela	Palliativregistret	micaela@palliativt.se
Fransson Greger	Palliativregistret	Greger.fransson@palliativt.se
Collbo Ragnhild	Patientföreträdare	
Miller Eva	Patientföreträdare	
Dieroff Hay Susanne	Patientföreträdare	

Munhälsa

Förbättringsprogram
Palliativ Vård Syd 2015
Teammedlemmar/deltagare
<i>Camilla Fält, ssk avd. 11</i> <i>Birgitta Hellstrand, ssk kommunala korttidsenheten</i> <i>Ximena Orellana Tall, usk avd. 23</i> <i>Kajsa Seeberg, dietist Hälsostaden</i> <i>Linda Throneé, EC dialys och kommunala korttidsenheten</i>
Arbetsplats
Hälsostaden Ängelholm
Bakgrund/problem
<p>En god munhälsa är viktig i livets slutskede. God munvård ökar livskvalitén hos den sjuke och visar på god omvårdnad.</p> <p>Enligt granskning av uppgifter i svenska palliativregistret bedöms munhälsan i nuläget enbart hos 48 % av patienterna som avlider i Hälsostaden på avd. 11, 21 och 23 under den sista levnadsveckan. Utav dessa bedömningar har 73,9 % dokumenterats. Således finns ett behov i Hälsostaden på avd. 11, 21 och 23 att öka antalet bedömningar och dokumentationen av munhälsa.</p> <p>Gruppens hypotes är att munvård genomförs men att det finns brister i bedömning och dokumentation av munhälsa. Detta bekräftar även vårdpersonal på avdelningarna.</p>
Syfte med förbättringsarbetet
<p>Patienter i palliativ vård ska ha en så god munhälsa som möjligt i Hälsostaden avd. 11, 21 och 23. Öka medarbetarnas förståelse för vikten av munhälsa samt att använda ROAG och dokumentera detta i patientens journal.</p>
Mål
<p>Hos 75 % av patienterna som avlider på avd. 11, 21, 23 ska munhälsan bedömas under sista levnadsveckan. Av dessa bedömningar ska 95 % dokumenteras i patientens journal. Målet ska vara uppnått 2016-06-30.</p>
Mätningar
<p>Gjord sökning från Svenska palliativregistret</p> <p>Urval; Period: 2015 första kvartalet tom 2015 andra kvartalet. Enheter: Ängelholm med avd. 11, avd. 21, avd. 23 Län: Hela Sverige Kommun: Alla Demografi: Båda könen, alla åldersgrupper, alla platser</p>

Diagnosgrupp: Alla diagnoser
 Gruppering: Enhetsvis

Resultat;

Gjorda bedömningar av munhälsa: 48 %

Dokumentation av bedömning av munhälsa: 73,9 %

Förändringar som testats/PGSA

P1: Informationsmaterial/Powerpoint utarbetas om palliativt förbättringsarbete. Okt 2015

G1: Informera avd. 11, 21, 23 och englar på APT. Okt-nov 2015

S1: Kunskapsbrister kring munhälsobedömning i patientjournalen. Okt-nov 2015

A1. Lathund behövs för hjälp vid dokumentation i patientjournalen. Nov 2015

P2: Ta fram lathund för hur munhälsa ska dokumenteras i patientens journal. Nov 2015

G2: Informera avd. 11, 21, 23 och englar på APT. Jan 2016

S2:

A2:

P3: Beställt ROAG. Okt 2015

G3: Delat ut ROAG stickor till alla medarbetare. Okt-nov 2015

S3: Kunskapsbrister i användning av validerat munhälsobedömningsinstrument. Okt-nov 2015

A3: Dietister utbildar om nutitionsbedömning och Nutrition vårdplan på avd 11, 12, 23. Informerar samtidigt om ROAG och vikten av munhälsobedömning. Nov 2015-feb 2016

P4: Idé: Munhälsa -temadagar med Tandhygienist/ASIH/Dietist. Kontakta KTC. Hösten 2016

Innovationer som har kommit fram under ert förbättringsarbete (provat något helt nytt)?

Aktiviteter

Kontinuerliga seminarium i Hässleholm Palliativt Förbättringsarbete 2015

Bokning av föreläsning Svenska Palliativregistret, föreläsning okt 2015

Skapande av informationsplansch om palliativt förbättringsarbete

Skapande av powerpoint, informationsmaterial till APT

Brainstormning APT

Utforma munvårdskit till avdelningarna

Resultat

Delmätning planeras genomföras regelbundet fram till juni 2016.

Mätning av resultat planeras genomföras september 2016, gällande perioden 150701 tom 160631

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Hur har ni skapat kundinflytande?

Hur påverkas patientsäkerheten av ert förbättringsarbete?

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

Genom information och brainstorming vid APT på aktuella avdelningar. Att ha en levande diskussion kring detta. Delat ut valideringsinstrument, ROAG och APS till alla medarbetare. Föreläsning om svenska palliativregistret. Ledningen deltar aktivt och ger möjlighet till förbättringsarbete.

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

- *Fördelar:* Lära känna fler medarbetare i Hälsostaden, fördjupningar i problem, bra diskussioner, skapa nya nätverk.
- *Nackdelar:* Tidsplanering kan vara svår.
- *Mest givande:* Nya möten med informativa och kunniga föreläsare och kollegor.
- *Svårast:* Få allt på pränt.
- *Lärdomar:* Man lär sig alltid något nytt alltid.

Framtiden

Samtliga avdelningar i Hälsostaden ska involveras och uppnå måtvärdena i Svenska palliativregistret gällande bedömning av munhälsa med validerat instrument samt dokumentera detta.

Smärtskattning

Förbättringsprogram
Palliativ Vård Syd 2015
Teammedlemmar/deltagare
<i>Camilla Fält, ssk avd. 11</i> <i>Birgitta Hellstrand, ssk kommunala korttidsenheten</i> <i>Ximena Orellana Tall, usk avd. 23</i> <i>Kajsa Seeberg, dietist Hälsostaden</i> <i>Linda Throneé, EC dialys och kommunala korttidsenheten</i>
Arbetsplats
Hälsostaden Ängelholm
Bakgrund/problem
<p>Regelbunden smärtskattning förbättrar upptäckt och behandling av smärta i livets slutskede.</p> <p>Enligt granskning av uppgifter i svenska palliativregistret bedöms och dokumenteras smärta enligt validerat instrument i nuläget enbart hos 8 % av patienterna som avlider i Hälsostaden på avd. 11, 21 och 23 under den sista levnadsveckan. Således finns ett behov av att öka antalet bedömningar och dokumentationen av smärta.</p> <p>Gruppens hypotes är att problemet har två delar, dels finns brister i bedömning enligt validerat instrument. Men den största delen ligger i att vi inte dokumenterar smärtskattning i patientens journal och varför gör vi inte det?</p>
Syfte med förbättringsarbetet
<p>I Hälsostaden avd. 11, 21 och 23 ska patienter i palliativ vård vara optimalt smärtlindrade, patienten ska uppleva smärtan hanterbar. Medarbetarnas förståelse för vikten av att använda validerat smärtskattningsinstrument och dokumentera vid smärtskattning ska ökas.</p>
Mål
<p>60 % av patienterna som avlider på avd. 11, 21, 23 ska smärtskattas med validerat instrument under sista levnadsveckan och detta ska dokumenteras i patientens journal. Målet ska vara uppnått 2016-06-30.</p>
Mätningar
<p>Gjord sökning från Svenska palliativregistret</p> <p>Urval; Period: 2015 första kvartalet tom 2015 andra kvartalet. Enheter: Ängelholm med avd. 11, avd. 21, avd. 23 Län: Hela Sverige</p>

Kommun: Alla
Demografi: Båda könen, alla åldersgrupper, alla platser
Diagnosgrupp: Alla diagnoser
Gruppering: Enhetsvis

Resultat;

Antalet utförda smärtskattningar sista levnadsveckan med validerat instrument: 8 %

Förändringar som testats/PGSA

P1: Informationsmaterial/Powerpoint utarbetas om palliativt förbättringsarbete. Okt 2015

G1: Informera avd. 11, 21, 23 och englar på APT. Okt-nov 2015

S1: Kunskapsbrister i dokumentation, kring smärta, i patientjournalen. Okt-nov 2015

A1. Lathund behövs för hjälp vid dokumentation i patientjournalen. Nov 2015

P2: Ta fram lathund för hur smärta ska dokumenteras i patientens journal. Nov 2015

G2: Informera avd. 11, 21, 23 och englar på APT. Jan 2016

S2:

A2:

P3: Beställt Abby Pain Scale. Okt 2015

G3: Delat ut Abby Pain Scale stickor till alla medarbetare. Okt-nov 2015

S3: Kunskapsbrister i användning av validerat smärtskattningsinstrument. Okt-nov 2015

A3: Kontakta ASIH för utbildning våren 2016 i smärta och smärtskattning.

P4: Smärteamdagar med ASIH. Kontakta KTC. Våren 2016

Innovationer som har kommit fram under ert förbättringsarbete (provat något helt nytt)?

Aktiviteter

Kontinuerliga seminarium Hässleholm Palliativt Förbättringsarbete 2015

Bokning av föreläsning Svenska Palliativregistret, föreläsning okt 2015

Skapande av informationsplansch om palliativt förbättringsarbete

Skapande av powerpoint, informationsmaterial till APT

Brainstormning APT

Resultat

Delmätning planeras genomföras regelbundet fram till juni 2016.

Mätning av resultat planeras genomföras september 2016, gällande perioden 150701 tom 160631

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Hur har ni skapat kundinflytande?

Hur påverkas patientsäkerheten av ert förbättringsarbete?

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

Genom information och brainstorming vid APT på aktuella avdelningar. Att ha en levande diskussion kring detta. Delat ut valideringsinstrument, ROAG och APS till alla medarbetare. Föreläsning om svenska palliativregistret. Ledningen deltar aktivt och ger möjlighet till förbättringsarbete.

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

- *Fördelar:* Lära känna fler medarbetare i Hälsostaden, fördjupningar i problem, bra diskussioner, skapa nya nätverk.
- *Nackdelar:* Tidsplanering kan vara svår.
- *Mest givande:* Nya möten med informativa och kunniga föreläsare och kollegor.
- *Svårast:* Få allt på pränt.
- *Lärdomar:* Man lär sig alltid något nytt alltid.

Framtiden

Samtliga avdelningar i Hälsostaden ska involveras och uppnå måtvärdena i Svenska palliativregistret gällande smärtskattning med validerat instrument samt dokumentera detta.

God vård i livet slutskede på Österbo demensboende

Förbättringsprogram
Palliativ vård Syd 2015
Teammedlemmar/deltagare
<p>Birgitta Odell-Carlsson verksamhetschef birgitta.odellcarlsson@vardaga.se Janna Kaneli gruppchef janna.kaneli@vardaga.se Madeleine Nilsson sjuksköterska madeleine.nilsson@vardaga.se Carolina Vargas Bjelk Äldrepedagog carolina.vargasbjelk@vardaga.se Beata Pajdzik Undersköterska beata.pajdzik@vardaga.se Maria Kretz undersköterska maria.kretz@vardaga.se</p>
Arbetsplats:
Österbo demensboende i Lund
Bakgrund/problem
<p>Österbo är ett demensboende med 48 platser där de flesta har stort vårdbehov. Boendet är Silviacertifierad och bedriver demensvården enligt nationella riktlinjer. Varje år avlider ca 24 boende på Österbo. Vissa boende hinner bo på Österbo i ett år och andra över 10 år. Sedan 2010 arbetar vi utifrån den palliativa vårdfilosofin enl. Silviahemmets demensvård. Med anledning av att vi har palliativ demensvård i många år, ansåg vi att det skulle vara givande att ytterligare förbättra den palliativa vården på Österbo.</p> <p>Genom att vi gick med i ledningskraft förbättringsprogram palliativ vård gjorde vi en kartläggning av processen av vad som sker kring vård vid livet slut på Österbo. Vi upptäckte ett antal brister som blev vårt förbättringsprogram.</p> <p>Våra förbättringspunkter är:</p> <p>Få utbildning och skapa rutiner kring smärtskattnings instrument Få utbildning och skapa rutiner kring Munhälsobedömning enl. ROAG Skapa en klar rutin kring brytpunktssamtal Skapa en klar rutin kring efterlevandesamtal Utbilda personalen kring vård vid livet slut</p>
Syfte med förbättringsarbetet
Förbättra vården i livet slut för våra boende på Österbo samt förbättra kvalitetsindikatorer i palliativa registret.
Mål
<ul style="list-style-type: none"> • Alla som avlider som väntat dödsfall på Österbo ska ha blivit smärtskattade med Abbay Pain Scale och vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom. • Alla ska fått munhälsobedömningen med ROAG under deras sista vecka i livet. • Anhöriga ska ha blivit erbjuden ett brytpunktssamtal och erbjudna ett efterlevnadssamtal. • Öka personalens kunskap och delaktighet i den palliativa vården.

Förändringar som testats/PGSA**Förbättringspunkt: Smärtskattnings instrument - Abby Pain scale**

Genom kartläggning insåg vi att vi inte har något smärtskattnings instrument eller dokumenterar uppgifterna någonstans. Vi beslutade att skapa en signeringslista och utbildningsdag för personal. All personal har fått utbildning i Abby pain Scale på planeringsdagarna. All personal har fått en Abby Pain Scale i fickformat på arbetsplatsträffen. Vi har tagit fram en rutin kring vård i livets slut och skapat en signeringslista som ska användas för att signera när man gör smärtskattning och munhälsobedömningen genom Abby Pain Scale och Roag. Information om signeringslista har all personal fått på arbetsplatsträffen den 14/4 -15. En bild på smärtskattnings instrument Abbey Pain Scale, har lagts upp på skrivbordet på alla datorer som finns på avdelningarna i en mapp vid namn "PALLIATIV VÅRD". Alla vikarier har blivit informerad om att titta i mappen, på så sätt tar de del av all information som övrig personal får på Österbo. Vi har testat smärtskattningsinstrument Abby pain Scale och signeringslistan vid tre fall. Detta följdes upp på arbetsplatsträffen, reflektionen som kom fram var att personalen ansåg att det var svårt att göra bedömningen med hjälp av skalan och man kände sig även osäker. Vi bestämde att man ska fortsätta träna att använda sig av smärtskattningsinstrumentet och även använda sig av instrumentet i sitt dagliga arbete för att upptäcka smärta hos alla demenssjuka på Österbo. Personalen har behov av träning för att känna sig trygga med att använda smärtskattningsinstrumentet. Genom att använda sig av den i sitt dagliga arbete hoppas vi på att de får in vanan och kommer att känna sig trygga med den. Vi anser att smärtskattningsinstrumentet är bra och även signeringsblanketten, vi får en god dokumentation genom den. Vi följer upp detta arbete med sjuksköterskorna på våra reflektionsmöte och har även möjlighet att få handledning på plats av sjuksköterskorna på Österbo.

Förbättringspunkt: Munhälsobedömning enl. ROAG

Genom kartläggningen kom det fram att vi inte har en rutin inför munvård i vård i livet slut. Vi har tagit fram en rutin kring munhälsobedömning enl. ROAG vid vård i livets slut och skapat en signeringslista som ska användas för att signera när man gör munhälsobedömning enl. ROAG. Rutinen är att vid vård vid livet slut, ska munvård utföras varannan timme och vi ska fukta munnen 2 ggr/ timme enligt palliativa riktlinjer. All personal har under planeringsdagarna fått utbildning i ROAG samt har vi diskuterat den nya rutinen tillsammans. En utbildningsfilm om ROAG har lagts upp på skrivbordet på alla datorer som finns på avdelningarna i en mapp vid namn "PALLIATIV VÅRD". Alla vikarier har blivit informerad om att titta i mappen, på så sätt tar dem del av all information som övrig personal får på Österbo. Informationen om den nya signeringslistan har all personal fått på arbetsplatsträffen den 14/4 -15. Några i personalen har ifrågasatt om det ökar patientens livskvalité och välbefinnande att utföra Roag dagligen. Frågan har kommit upp om det skall utföras när boende sover? Vi har diskuterat fram att man ska göra en bedömning från gång till gång och se till att alltid sträva efter att ge den boende största möjliga livskvalité.

Signeringslistan som vi har tagit fram för att dokumentera Abbey Pain Scale & ROAG

Namn:
Personnummer:

Abbev Pain Scale
Fyll i poängen som får fram vid skattningen med Abbey Pain Scale.
Om patienten får smärtestillande, skriv upp klockslaget under **Lösa**-kolumnen närmast efter sist Abbey Pain Scale gjordes.

Förhållning Lösen	21-07	21-08	21-09	21-10	21-11	21-12	22-01	22-02	22-03	22-04	22-05	22-06
21-07	22-08	22-09	22-10	22-11	22-12	23-01	23-02	23-03	23-04	23-05	23-06	23-07
21-07												
21-07												
21-07												
21-07												

ROAG - munhålobedömning
Gör ROAG en gång per dag. Fukta munslimhinnorna två gånger i timmen. Munvård varannan timme.

ROAG

Datum	
Signatur	

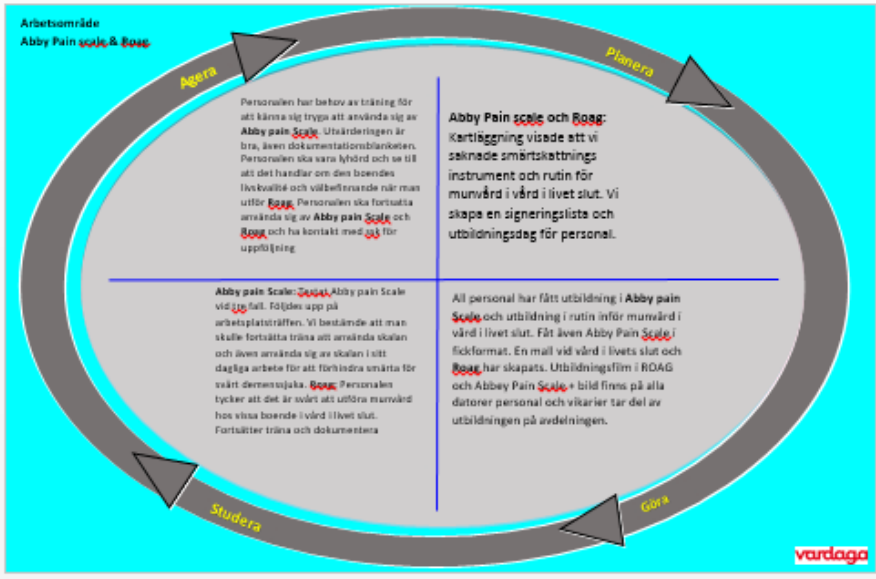
Fukta slimhinnorna

21-07															

Munvård

Förhållning Lösen	08.00	10.00	12.00	14.00	16.00	18.00	20.00	22.00	24.00	02.00	04.00	06.00
21-07												

PGSA-hjulet som vi har gått igenom med all personal. Arbetsområde Abbey Pain Scale & ROAG



Förbättringspunkt: Brytpunktsamtal

Utifrån kartläggning upptäckte vi att vi inte hade en klar dokumentation och rutin för brytpunktsamtal. På Österbo har vi brytpunktsamtal med anhöriga/närstående då alla boende har en demenssjukdom och det är väldigt sällan som de har sjukdomsinsikt eller är mottagliga till ett sådant samtal. För att alla anhöriga skulle få samma information bjöd vi in alla anhöriga/närstående att delta på ett anhörigmöte. Vi bjöd in Österbos läkare till detta möte och läkaren informerade om vård i livet slut och beslut i vård i livets slut på anhörigmötet. Sjuksköterskorna uppmärksammanande även vikten av att erbjuda anhöriga ett samtal med läkare och sjuksköterska inom 3 mån eller tidigare vid behov efter inflyttning. Det är av stor vikt att anhöriga känner sig delaktiga kring besluten i vård i livet slut. Vi tog fram en rutin på hur informationen kring brytpunktsamtal skulle gå ut och bestämde att vid ankomstsamtal som är ca 1-2 veckor efter inflyttning bokas tid med anhörig för läkarsamtal/brytpunktsamtal.

Vi beslutade att:

- Nya boendes anhöriga får samtal med läkare inom 3 mån efter inflyttning till boendet eller tidigare.
- Sjuksköterskorna upprättar en checklista vad som kan ingå i ett brytpunktsamtal.
- Läkare skall ha samtal med anhörig vid tillståndsförändring till vård i livet slut.
- Boende som har bott väldigt länge får brytsamtal vid försämrat allmäntillstånd.

Vi är medvetna om att samtalen kommer att se olika ut beroende på var anhöriga befinner sig i sin förståelse för demenssjukdomen och i sin sorgeprocess. Vi har märkt att vissa anhöriga är ej mottagliga för information och saknar sjukdomsinsikt för deras närstående. Det medför att sjuksköterskorna får boka flera läkarsamtal. Vi har skapat en checklista med vad som kan ingå vid brytpunktsamtal och bestämt att man får se från gång till gång hur många punkter man hinner/ är mottaglig för att gå igenom.

Fram till nu har vi genomfört ca 10 brytpunktsamtal och det har fungerat väl. Vi har bestämt att även i fortsättningen att kontaktperson ska medverka vid mötet. Läkaren var med och informerade på anhörigmötet. Det lede till att anhöriga kom fram till sjuksköterskorna för att boka tid och samtala om livet slut. Vi har även beslutat att brytpunktsamtal skall genomföras när ordinarie sjuksköterska är i tjänst för att få en trygghet och förtroende för vården. Det innebär sjuksköterskorna kan besvara frågor i 1:a hand och anhöriga känner trygghet till att vända sig direkt till sjuksköterskorna. Vi har sett att om man har ett bra 1:a brytpunktsamtal kan sjuksköterskorna lättare informera anhöriga vid försämring och övergången till vård i livet slut. Vi ser även att färre boende åker in till sjukhuset om brytsamtalet är bra. Vid försämring sker ytterligare ett brytpunktsamtal och då är sjuksköterska och kontaktman med. På så vis blir anhöriga och personal mer delaktiga. Vi hänvisar till Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning som läkare och sjuksköterska kan ha hjälp till vid brytsamtal. Vi har gått igenom det här nya arbetssättet med all personal och även skapat en checklista till kontaktpersonen som de kan ha för att underlätta för dem vid brytpunktsamtalet. Detta för att göra dem mer delaktiga och för att vi ska kunna säkerställa att alla frågor blir ställda och besvarade. Samt för att säkerställa att den sista tiden blir som de boende och anhöriga önskar.

Checkistan som vi har tagit fram



Checklista på vad som kan ingå i ett brytpunktsamtal på Österbo demensboende

Punkter som ska diskuteras med läkare, sjuksköterska, närstående och boende

"Finns det någon yttre/igen skuldensinlettad behandling som kan gagna den boende? Det skall vara så att den boende orkar med behandlingen har rimlig chans och effekt."

- NLR- Kritiska riktlinjer för NLR, stöddokument för läkare
- Undersökning → Vad kan vi göra? Vad bör vi göra av det vi kan
- Behandling → göra?
- Sjukhusbesök – God och trygg vård på boendet för att minimera sjukhusbesök
- Livskvalitet – Vårdens inriktad på livskvalitet inte boende.
- Parenteral näringsintagning – FÖR - och nackdelar
- Läkemedel – Vad ordinerar vid vård i livets slut
- Föreläsa vad vi menar med palliativ vård
- Föreläsa vad vi menar med systemkontroll

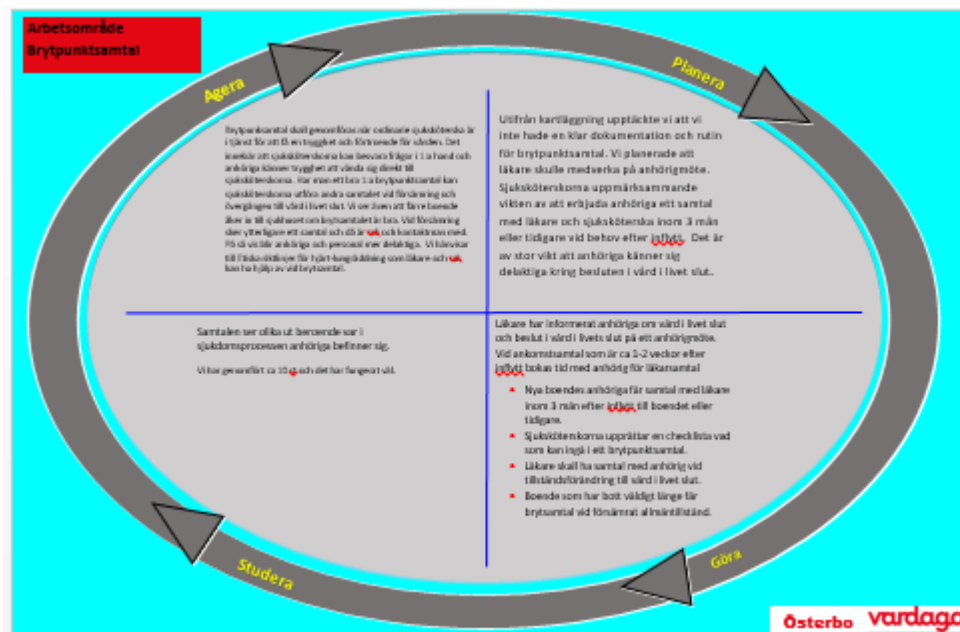
Punkter som ska diskuteras med undersköterska, närstående och boende

- Föreläsa vad vi menar med palliativ vård
- Föreläsa vad vi menar med systemkontroll
- Vad önskar den boende ha den sista tiden, Österbo är den boendes hem.
- När vill man som närstående vara delaktig i omvårdnaden?
- VAK – närstående
- Specifika önskemål, ex musik, kläder
- När vill den boende ha det, vad tycker den boende om, har den boende uttalat några önskemål tidigare.
- Rättgöra eller ändra behov. Var hälsna den boende kontakten?

När behov finns ändras genomförandeplanen av undersköterska.

Verksamhetschef
Birgitta Odell-Carlsson
2015-10-09

PGSA-hjulet som vi har gått igenom med all personal. Arbetsområde Brytpunktsamtal



Förbättringspunkt: Efterlevandesamtal

Det har inte varit lätt att erbjuda efterlevandesamtal och vi har saknat en rutin på hur kontakten ska utföras. Vi såg även att vi saknar en tydlig rutin på vad som ska göra på avdelningen när någon har lämnat oss. Det är viktigt att alla gör likadant om inte anhöriga uttrycker något annat. Vi har tänkt mycket i arbetsgruppen om svårigheterna kring döden, vad man tycker är svårast och vilken stöd personalen behöver för att kunna stödja anhöriga. Vi diskuterade vad som skulle kunna underlätta för personalen när någon går bort. Många anhöriga har frågor på vad de gör nu osv. Vi föreslog att vi kunde göra en folder med information, både om vem man kan vända sig till och att vi erbjuder ett samtal. Vi skapade folder och redovisade den nästa planeringsdag. Folder mottogs väldigt bra av personalen och de kände att det skulle vara lätt att lämna fram till anhöriga. Vi bestämde även att efterlevandesamtal ska utföras av den som har haft mest kontakt med den anhörige, vara sig det är anhörigombud/äldrepedagog eller om det är sjuksköterskan. Vi bestämde även att vi tillsammans i arbetsgruppen ska diskutera på reflektionen hur man upplevde den sista tiden med den boende, och vad de tyckte var svårt med mera. På så sätt kommer det även vara ett stöd för personalen att bearbeta och förbättra vården och för anhörigombud/äldrepedagog och sjuksköterskan att få en helhetsbild om vad som hände ifall den anhörige har många frågor kring sista tiden.

Folder som lämnas ut av Personal till anhöriga när någon har avlidit

Var du kan vända dig

Svenska kyrkan i Lund
046-22 27 00

S:t Thomas av Aquino
Katolska församling i Lund
046-14 06 15

Muslimiska församlingen
040-06 60 64

Juidiska församlingen i Malmö
040-611 24 80

Att tänka på vid utflyttning

- Du kontaktar nya bostads lägenhetens ärendet
- Checklista för startid föres i guldrosen på nummer. Under du vilken kontakt personerna eller gruppen
- Gå till den dokumentering av personerna med och vid behov

Östasiatiska dödsombud
Berounggatan 11c 224 011 Lund

Vi beklagar din sorg

vardaga



Sorgen behöver tid

Vid en närstående dödsfall kan man hamna i en chockstat tillstånd. Det är därför viktigt att dela sin sorg, sina tankar och sina känslor med andra. Förstärkt försörjning av tankar, minnen och känslor som den första tiden efter en närståendes bortgång får med sig, utan bearbeta dem i dina tankar och prata om dem så mycket som möjligt. Det är om det är möjligt att dela in verklighet. Och var inte rädd om att hjälpa, särskilt när det gäller kändomslägen som praktiska saker.

Efterlevandesamtal

Du kommer att bli erbjuden ett efterlevandesamtal ca 8-12 veckor efter dödsfallet. Någon från enheten som är insatt i videoförlogget kommer att kontakta dig. Samtalet är individuellt anpassat av personalen.

Syftet med samtalet är:

- Få mer information till de närstående och förstå de olika underlättade sorgearbetet i form av ett efterlevandesamtal.
- Ge närstående möjlighet att berätta om hur hon/han upplevde sina tiden och geställningarna om alla frågor.
- Ta tillvara närståendes synpunkter på vård och omhändertagande som kan användas vid förbättringsarbete.

Behöver du komma i kontakt med oss?

Varian enhetschef
Sigrun Odell Carlson
0722-271595

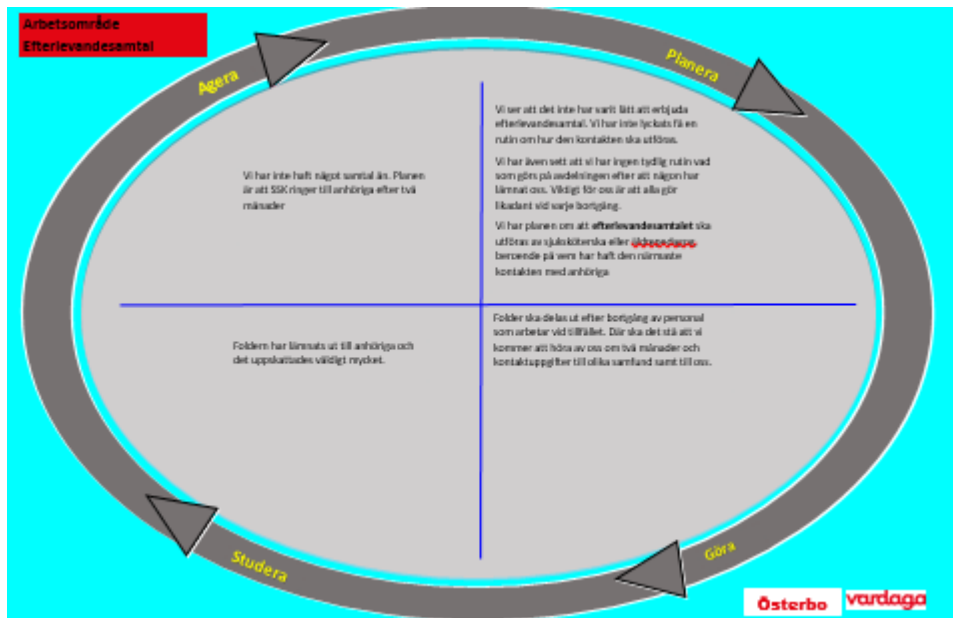
Sjuksköterskor
Medicinec Nilsson
0722-27 15 99
Ellin Nilsson
0722-27 15 96

Gruppchef
Marica Stenroos vård 1-2
0722-27 15 99
Janna Kanelis vård 3-6
0722-27 16 02
Benny Hansson vård 5-6
0722-27 16 01

Äldrepedagog
Carolina Vargas Bjelk
0722-27 16 62

Ansvarig sjuksköterska
Zara Omsson
046229948

PGSA Hjulet som har visats för all personal. Arbetsområde efterlevandesamtal



Förbättringspunkt: Utbildning av personalen kring vård vid livet slut

Vi uppmärksammade att all personal på Österbo inte hade utbildning i omvårdnad vid livet slut och att det var två år sedan vi hade haft en sådan utbildning. Vi ansåg att det var viktigt att uppdatera och att alla ska vara på samma spår på Österbo.

Sjuksköterskorna tog fram en utbildning och gick igenom:

- Vad är palliativ vård
- Silviahemmets palliativa vårdfilosofi vid demenssjukdom
- Symtomkontroll
- Kommunikation och relation
- Närståendestöd
- Informerade om brytpunktsamtal – kontaktperson är med på brytpunktsamtal
- Vård i livets slutskede bygger på ett teamarbete-hur ska vi gå vidare.
- Omvårdnad vid vård i livet slut
- Rutiner för vård i livets slutskede och dödsfall

Vi diskuterade även fram med anhörigrådet och personalgruppen om vad man gör när någon har lämnat oss. Vi vet sedan tidigare att det svårt att få upp flaggan, att alla inte vet hur man gör och att det blir fel om man gör det till vissa men inte till andra. Anhörigrådet ansåg att det skulle vara bra om de fick redan på om någon hade gått bort på avdelningen. Vi skapade en rutin på vad som ska göras när någon har lämnat oss: En tavla kom fram och ett ljus, detta ska ställas upp snyggt på bordet utanför hissen. Vid eftermiddagskaffet tänds ett ljus och man sitter gemensamt och fikar och pratar om grannen som har lämnat oss. Personalen tyckte att detta var en bra rutin som alla kan hålla.



När det gäller god omvårdnaden utifrån vårdtagarens behov så hoppas vi få fram hur den boende vill ha sin sista tid utifrån vad vi får fram på brytpunktsamtalet, där har vi skapat en checklista med frågor som kontaktpersonen/undersköterska ska ställa. På så sätt hoppas vi säkerställa att det blir så som den boende önskar.

Exempelvis när det gäller

- Vad önskar den boende bo den sista tiden, Österbo är den boende hem.
- Hur vill man som närstående vara delaktig i omvårdnaden?
- VAK – närstående
- Speciella önskemål, ex musik, kläder
- Hur vill den boende ha det, vad tycker den boende om, har den boende uttalat några önskemål tidigare.
- Religiösa eller andliga behov. Var hämta den boende kraften?

Vi har även tagit fram en rutin för omhändertagande av avliden. Denna rutin har lagts upp på skrivbordet på alla datorer som finns på avdelningarna i en mapp vid namn ”PALLIATIV VÅRD”.

Rutinen som vi har gått igenom med all personal när det vård vid livet slut

		Dokumentnamn: Lokalt Introduktion Omsorgspersonal
Dokumenttyp: Introduktion	Dokumentansvarig: Stigetta Odell Carlsson	Uppdaterat datum: 2014-03-16

OSTERBO
Rutiner för vård i livets slutskede och dödsfall

IKK kontakta med sjukvård
 Sjukvårdskontak eller annan personal kontaktar anhöriga. Se rutinen Goda Dagen kapitel 6

Var mycket uppmärksam på vad de anhöriga har för önskemål. De kanske vill sitta tillsammans och vaka hos den döende eller inte alls delta. Fråga alltid hur de vill ha det. Sjöd gärna på kaffe, smörgår eller vad som passar. Anhöriga kontaktas den begravningsbyrå de önskar och avtalar om tid för avhärsting. Tänk på att det kan vara svårt att ta transport i samband med vänligare möten då andra boende sitter i matstian.

När döden innebär begravning man inte ha begravning!

Omhändertagande av den avlidne:

- Ta hänsyn till den avlidne eller anhörigas önskemål (t.ex. kulturella eller religiösa)
- Öppna eventuellt ett fönster eller lås ut ljus
- Lägg den avlidne stillräta och vända av den avlidne
- Ta bort förtäring, kläder, skor etc.
- Notera eventuella pacemakare
- Diskutera med anhöriga och kom överens om hur den avlidne skall kläs. Om döts ej är möjligt kan tillgänglig privat klädd användas t.ex. från klämnings eller kortryn.
- Sjukvårdskontak kontrollerar identitet och flyttar i identitetsband och fäskar på hand eller fotled
- Sjukvårdskontak ska alltid dokumentera i IRL vilka anhöriga, sjukvårdskontak och läkare som har kontaktats
- När läkare utförar dödsbevis skall döts lämnas direkt till sjukvårdskontak. Om sjukvårdskontak inte finns på plats skall dödsbeviset läggas bredvid den avlidne.

Läkare skall alltid meddela sig:

- Då dödsfall ej är väntat
- Om sjukvårdskontak så önskar eller känner sig osäker
- Om anhöriga så önskar

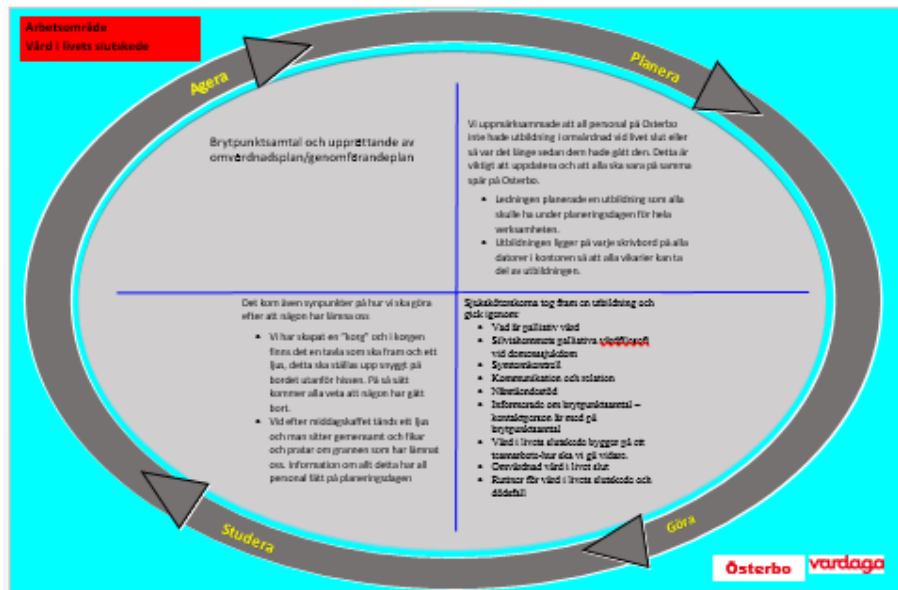
Sjukvårdskontak skall:

- Dokumentera i patientjournalen när brukaren avlidit, datum och tid, hur dödsfall konstaterades.
- Dokumentera i patientjournal vilken läkare och anhörig som kontaktades

Vid väntat dödsfall:

- Sjukvårdskontak kontaktar läkare omedelbart
- Läkare övertar ansvar och bedömer om obduktion skall göras. Vid misstänka om brott skall läkare alltid kontakta polismyndigheten

PGSA Hjulet som har visats för all personal. Arbetsområde Vård vid livet slut



Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

När vi arbetade med våra förbättringspunkter har personalen på Österbo varit med och tyckt till och varit delaktiga om vad som behöver förbättras. Genom att få de delaktiga, har personalen blivit mer engagerade vid förändringarna. Vi har även beslutat att vi kommer vi att hålla förbättringsarbetet levande genom regelbundna utbildningar samt att vi kommer ständigt att diskutera och följa upp det palliativa arbetet på våra reflektionsmöten som vi har en gång per månad med all ordinarie personal. Vikarier har fått informationen om att varje månad läsa dokumentationen från vad som kom upp under team-mötet/reflektionsmötet för att ständigt hålla sig uppdaterade på vad som beslutats på Österbo. Tidigare har SSK registrerat enskilt i palliativa registret. Nu ställs frågan hur vården har varit på team/reflektionsmöte och diskuteras tillsammans.

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

Fördelar: Att arbeta på detta sätt var bra. Att arbeta med processkartan gav oss möjlighet att tydligare se vilka områden vi måste arbeta med och hitta rätt åtgärder åt problemet eller det vi saknar.

Nackdelar: Svårt att få tiden att räcka till, när det också finns andra arbetsuppgifter som ska göras.

Mest givande: Förbättringsarbetet har gett energi och det har varit roligt att arbeta på det här sättet och intressant att arbeta med PGSA hjulet, detta kommer vi använda vid andra förbättringsarbeten. Respekten för varandras yrkeskunskaper har ökat och alla är viktiga för att vi ska lyckas.

Svårast: Att få tiden att räcka till och att få alla att ta del av informationen. Även att få med sig läkaren att vara på samma inriktning som vi är i den palliativa vården.

Lärdomar: Hur viktig det är att få alla delaktiga för att lyckats med ett förändringsarbete och få alla att vara en del av teamet.

Framtiden

Vi vill fortsätta att förbättra oss på de områden vi har påbörjat och följa upp resultat. Vi arbetar nu med en med ny läkare som skall komma in i Österbos rutiner i palliativ vård. Alla våra förbättringsområde kommer vi hålla levande genom regelbundna utbildningar samt att vi kommer ständigt att diskutera och följa upp det palliativa arbetet på våra reflektionsmöten som vi har en gång per månad med all ordinarie personal. Vikarier har fått informationen om att varje månad läsa dokumentationen från vad som kom upp under teammötet/reflektionsmötet för att ständigt hålla sig uppdaterade på vad som beslutats på Österbo.

Vi vill även arbeta med mer kunskap om olika kulturella seder i vård i livet slut.

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Vi upplever att vi har nått uppsatta mål. Även om vi inte testat alla områden så har vi skapat klara rutiner på hur vi ska arbeta med palliativ vård i fortsättningen. Genom detta förbättrat den palliativa vården vi erbjuder på Österbo.

Munhälsa och brytpunktssamtal

Förbättringsprogram
Palliativ vård Syd 2015
Teammedlemmar/deltagare
<i>Helen Colliander sjuksköterska, Helen.Colliander@skane.se Jessica Berg-Borglin sjuksköterska, Åsa Brynk sjuksköterska, Tine Knutsson sjuksköterska. Michal Winiarski läkare. Lisbeth Busch undersköterska, Ewa Eryd undersköterska, Carina Fägersjö undersköterska, Maria Kurop undersköterska. Ylva Ganslandt Hansson sjukgymnast, Maria Grengby arbetsterapeut, Pernilla Johansson –Göransson kurator och Carol Renteria dietist.</i>
Arbetsplats
Närsjukvårdskliniken, Hässleholm Skånevård KRYH
Bakgrund/problem
<p>Vi hade dåliga resultat i det palliativa registret i munhälsa och brytpunktssamtal. Vi utförde munvård men det dokumenterades sällan i Melior, och ROAG utfördes mycket sällan.</p> <p>Läkarna hade brytpunktssamtal med patienterna, fast oftare med närstående, det gjordes ofta i ett sent skede och blev dokumenterat på fel ställe.</p>

Syfte med förbättringsarbetet
<p>Munvård: Syftet är att säkerhetsställa god munhälsa hos äldre inneliggande patienter, över 65 år, samt vid behov på yngre patienter, på Närsjukvårdskliniken Hässleholm.</p> <p>Brytpunktssamtal: Syftet är att patienter och närstående får information om sitt aktuella tillstånd genom brytpunktssamtal vid olika stadier av sjukdomen.</p>

Mål
<p>Munhälsa</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Munhälsa ska bedömas vid inskrivning enligt ROAG och att åtgärder sättas in i 70 % av de fall där behov föreligger. Målet förväntas vara uppnått till december 2015. ❖ Att munhälsobedömning överrapporteras i 70 % av fallen vid eventuell förflyttning till annan vårdinrättning. ❖ Vid behov enligt ROAG ska patient remitteras till tandvårdshuset Kristianstad. ❖ Dokumenteras i Melior till 90 %.
<p>Brytpunktssamtal</p> <p>Att läkarna ska initiera och genomföra brytpunktssamtal när detta är aktuellt och dokumentera detta i Melior under sökordet brytpunktssamtal.</p> <p>Delmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Att läkarna blir informerade om hur och när brytpunktssamtal genomförs. ❖ Att läkarna använder sig av lathund för brytpunktssamtal. ❖ Att sjuksköterska eller undersköterska och vid behov kurator är med under brytpunktssamtalet.

Mätningar

Statistik har hämtats från palliativregistret.

Förändringar som testats/PGSA

Munhälsa

- ❖ Vi erbjuder under en tvåveckorsperiod munhälsobedömning ROAG, på alla inneliggande patienter. Därefter utvärderas resultatet. Bedömningsinstrumentet kommer sedan implementeras i verksamheten.
- ❖ Detta möttes av motstånd från medarbetarna. Främsta argumentet var att applicera riskbedömning på patienter under 65 år. Andra menade att det var en fråga om integritet att få titta i patientens mun.
- ❖ Efter ett tag visade det sig att de flesta medarbetarna tyckte att ROAG var positivt.

Brytpunktssamtal

- ❖ Information och diskussion om vad ett brytpunktssamtal är och delat ut brytpunktstickan till all personal.
- ❖ Det ska dokumentärs under sökordet brytpunktssamtal för att bli mer tydligt för all personal.
- ❖ Att där är en ssk och/eller kurator med vid samtalen. Tidigare var det sällan någon annan med vid samtalen än läkaren själv.

Innovationer som har kommit fram under ert förbättringsarbete (provat något helt nytt)?

- ❖ Vi har nu infört ROAG på patienter över 65 år samt vid behov på patienter under 65 år.
- ❖ Personalen har fått en ökad förståelse för munhälsans betydelse för den enskilde individen.
- ❖ Förståelsen för brytpunktssamtal har ökat hos personalen samt vikten av att genomföra det i olika stadier av sjukdomen.

Aktiviteter

Munhälsa

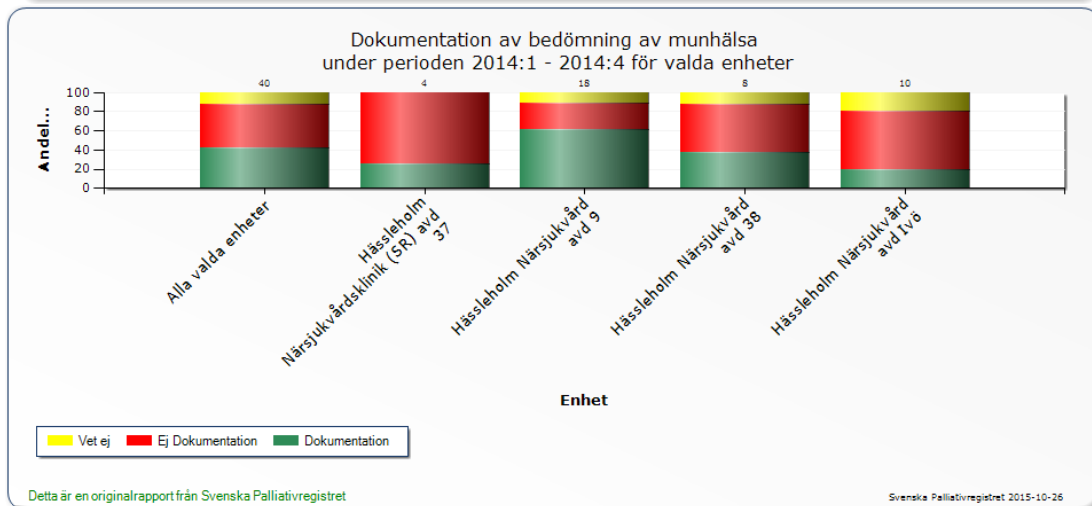
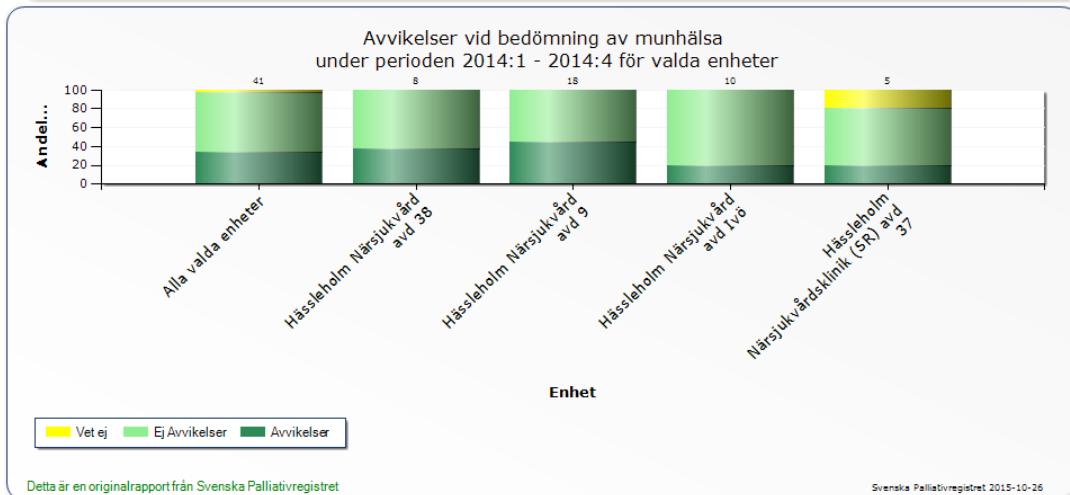
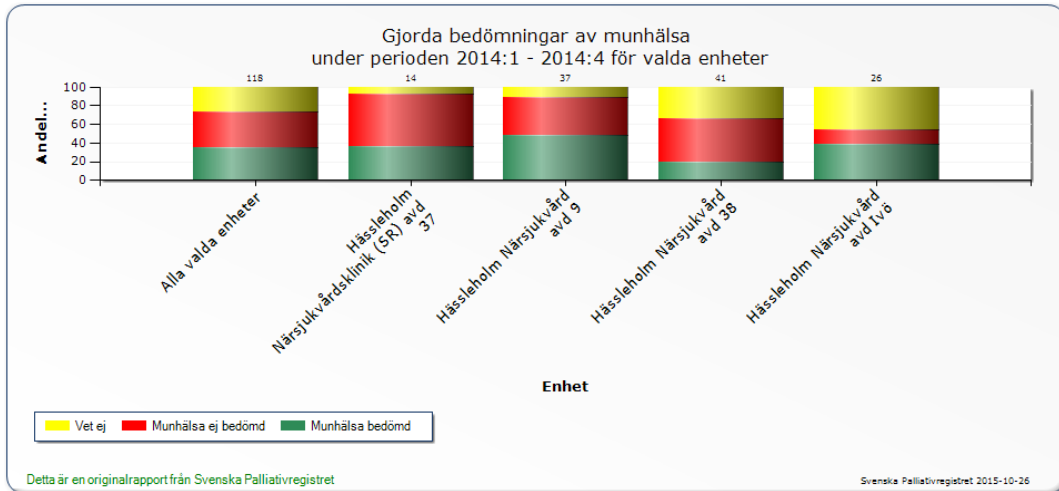
- ❖ Samtlig omvårdnadspersonal har erbjudits utbildning av tandhygienist i munhälsa samt hur ROAG används.
- ❖ Vi har bestämt hur munhälsobedömningar ska dokumenteras.

Brytpunktssamtal

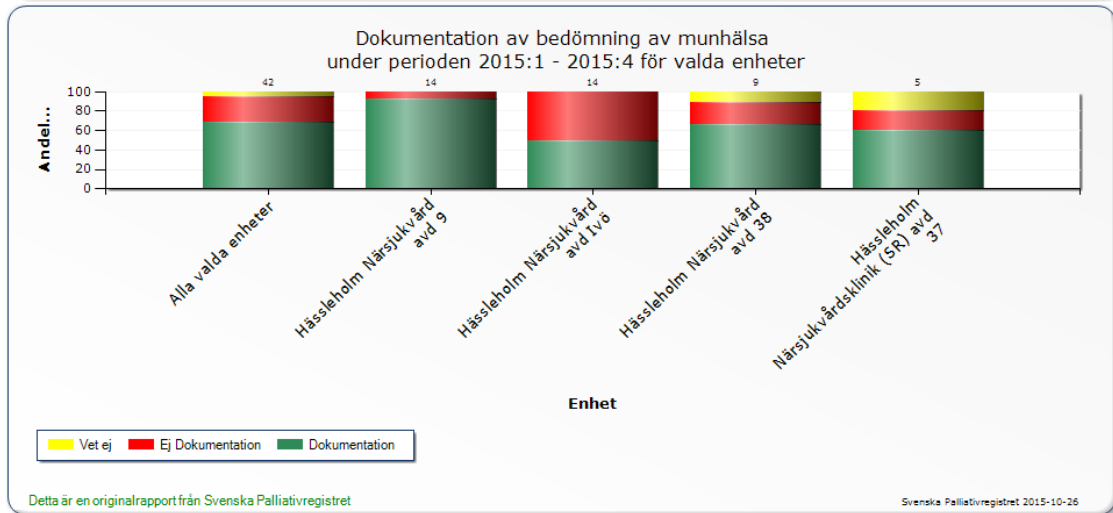
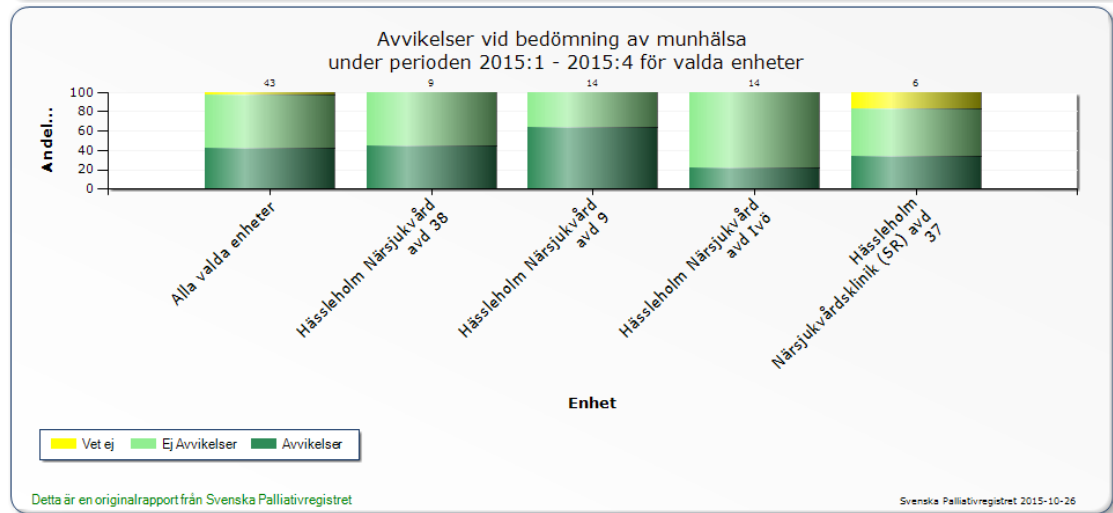
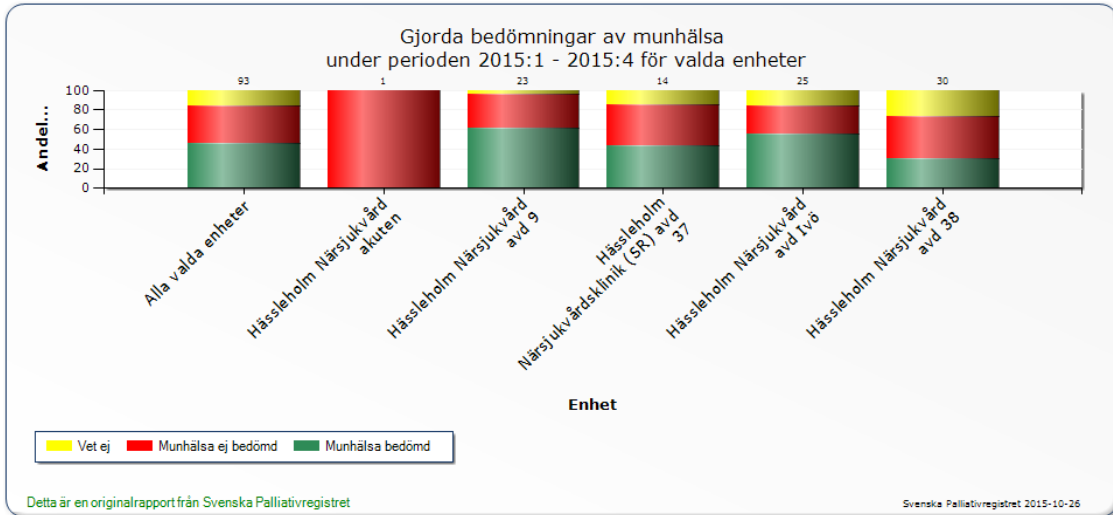
- ❖ Visat filmen Brytpunktssamtal för läkare vid ett tillfälle.
- ❖ Delat ut brytpunktstickan till läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.
- ❖ Bjudit in Carl-Johan Fürst, professor i palliativ vård, som ska föreläsa för läkare, sjuksköterskor och kuratorer.
- ❖ Lärandeseminarier för arbetsgruppen ex. utbildningsdagar.
- ❖ Arbetsgruppsmöte med palliativgruppen och att arbetet fortsätter.
- ❖ Informationsträffar för personalen på avdelningarna, att övriga personal informeras på APT mm.

Resultat

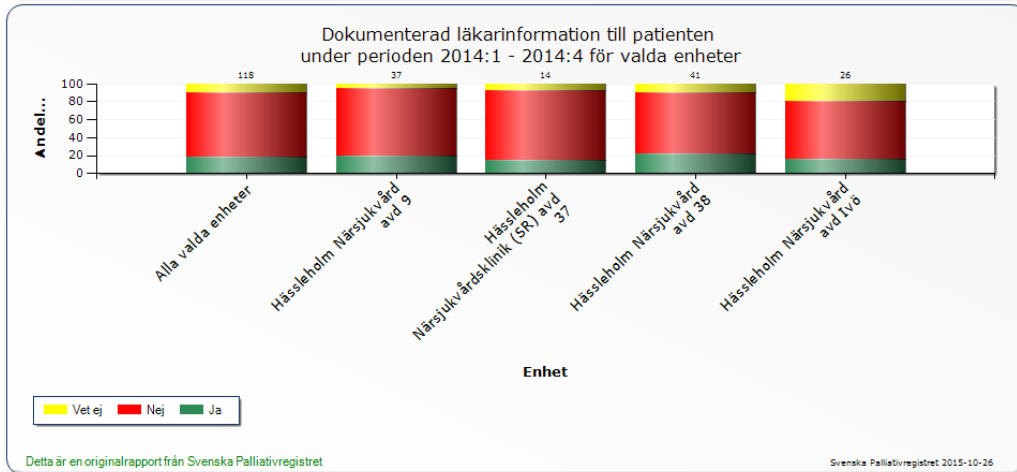
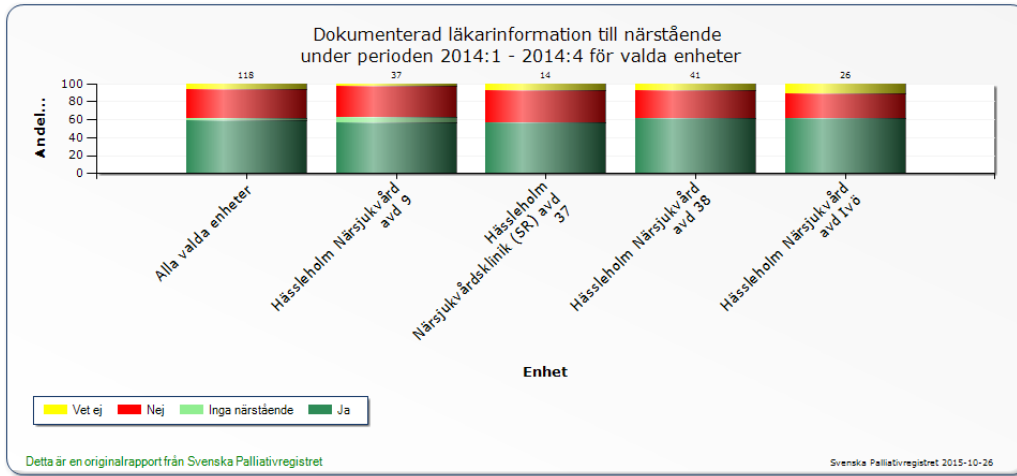
Statistik från palliativa registret i munhälsa:
År 2014:



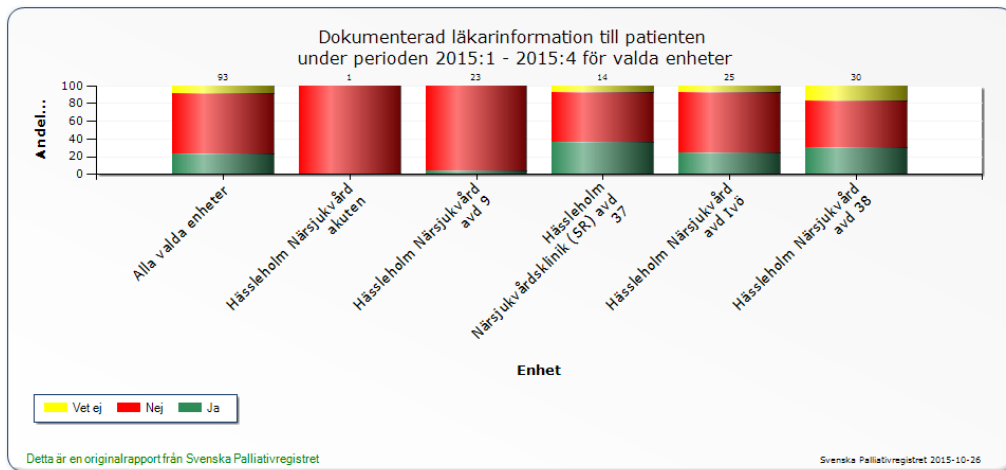
År 2015:

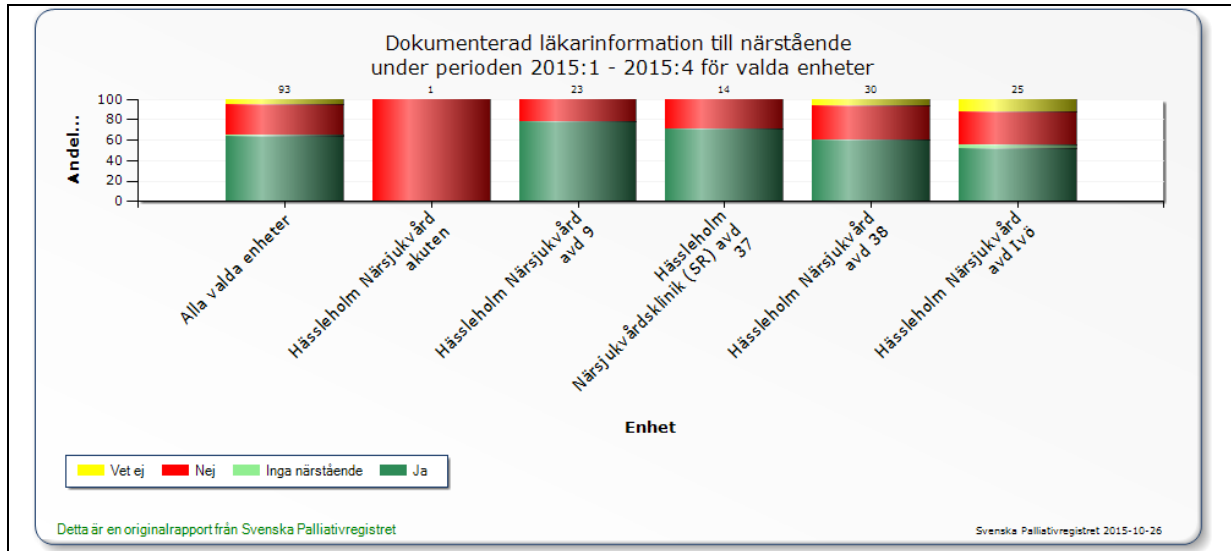


Statistik från palliativa registret i brytpunktssamtal till patient och närstående: 2014:



År 2015:





Sammanfattning kring måluppfyllelse

Vi har delvis uppnått våra mål men arbetet fortsätter för att implementera arbetssättet på avdelningarna. Personalen har fått ökad förståelse för ROAG.

Hur har ni skapat kundinflytande?

Att man har en god och bra kommunikation i arbetslaget så att alla är med på banan. Att alla förstår vad som är sagt och att man är tydlig i dokumentationen.

Hur påverkas patientsäkerheten av ert förbättringsarbete?

Att riskfaktorer för t.ex. hjärtinfarkt, infektioner, nutritionsproblem förebyggs genom att munhälsa bedöms tidigt i vårdförloppet och att åtgärder sätts in.
Tanken med tidigt brytpunktssamtal med patient och närstående gör att de blir mer informerade och delaktiga i beslut kring sin vård.

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

Genom information till personalen på t.ex. APT, munhälsoutbildning, tagit till oss medarbetarnas förslag till förbättring, de har fått utföra de aktiviteter vi bestämt som t.ex. ROAG. Genom att ge varandra beröm i personalgruppen.

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

- ❖ *Fördelar: Strukturerat, problemen tydliggörs.*
- ❖ *Nackdelar: Att det tar tid*
- ❖ *Mest givande: Problemen har blivit synliggjorda och försöker göra en förbättring.*
- ❖ *Svårast: Att få med medarbetarna.*
- ❖ *Lärdomar: Att processen får ta tid och inte skynda på. Göra lite i taget.*

Framtiden

Fortsätta implementera och inspirera samt följa upp resultaten från palliativregistret.

Smärta och smärtskattning

Förbättringsprogram
Palliativ vård Syd 2015
Teammedlemmar/deltagare
Emilia Cederholm, ssk, emilia.cederholm@skane.se Barbro Stenegard, ssk Gunilla Löf, ssk Anna Dalsjö, läkare Carina Ozimek, usk
Arbetsplats
Palliativ vård och ASIH, Malmö
Bakgrund/problem
<p>Bakgrund: Palliativ vård och ASIH (Avancerad Sjukvård i Hemmet) i Malmö består av en avdelning som bedriver palliativ hemsjukvård och en vårdavdelning, fördelad på två olika våningar, för ineliggande palliativ vård. Samarbete sker mellan enheterna i form av övertag av patienter åt båda hållen samt en del personalkategorier som arbetar på båda ställena, i övrigt har enheterna separata personalstyrkor. Palliativvårdsavdelningarna har 14 respektive 15 platser och arbetet sker i team med sjuksköterskor, undersköterskor, läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator. ASIH har ca 60 patienter inskrivna, med hela Malmö kommun som upptagningsområde. Även här bedrivs arbetet med patienterna i team, dock finns inga undersköterskor då den basala omvårdnaden sköts av kommunens hemtjänst i de respektive områdena. Palliativ vård och ASIH i Malmö arbetar efter de fyra hörnstenarna inom palliativ vård dvs. symtomkontroll, teamarbete, kontinuitet och stöd till närstående</p> <p>Problem: Vi behöver utveckla arbetet med smärtskattning och smärtlindring. Medarbetarna gör olika vilket kan leda till att patienterna inte är optimalt smärtlindrande. Vi såg att andelen smärtskattningar har sjunkit och även att en ganska hög andel patienter hade svår smärta sista veckan i livet. Resultaten i palliativregistret bekräftar detta.</p>
Syfte med förbättringsarbetet
<p>Ett syfte är att genom att öka kunskapen och motivationen på enheten om smärtbehandling bland medarbetarna skall patienterna få en bättre smärtlindring. Ett gemensamt förhållningsätt kommer att minska variationerna och därmed stärka arbetet inom smärtområdet, som ytterst ska komma våra patienter till godo.</p> <p>Ett annat syfte är att palliativregistret ska bli en naturlig del av arbetet och mer synligt på arbetsplatsen till exempel genom att resultaten regelbundet går igenom på APT.</p>
Mål
<p>Det övergripande målet är att förbättra smärtlindring för patienterna på vår palliativa avdelning.</p> <p>Delmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> Läkargruppen ska ta fram ett arbetssätt för smärtanalys så att alla gör likadant, detta innefattar även att utbilda patienten i vad NRS innebär. Planering finns att detta påbörjas under vintern 2015.

- Regelbunden utbildning till sjuksköterskor och undersköterskor i smärta och smärtskattning, detta planeras komma igång under våren 2016.
- 80 % av patienterna ska smärtskattas, utvärdering via palliativregistret, mål uppnått 150530.

Mätningar

Att följa smärtskattning och smärtlindring i palliativregistret. På vakna och kognitivt klara patienter har vi bestämt att NRS används och när det inte är möjligt ska FLACC användas.

Att registerregistrering och resultat blir en punkt på APT.

Att aktuella registerdata visualiseras så samtliga medarbetare kan följa resultatet.

Förändringar som testats/PGSA



PGSA1 Vi planerade och gjorde journalgranskning av fem slumpvis utvalda journaler på ASIH-anslutna patienter, för att se i vilken utsträckning smärtanalys fanns dokumenterad. När vi studerade resultatet fann vi att dokumentation hittades inte i någon journal. Agera: Detta test visar ytterligare på vår motivation och ambition att arbeta vidare med att förbättra smärtlindring

PGSA 2 Därefter planerades test av ett formulär för smärtanalys hos tio patienter samt tidsåtgång av teamets överläkare. När vi gjort och studerat detta fann vi att det tog ca en timme per patient, vilket upplevdes som allt för lång tid, både av patient och personal. Agera: Smärtgruppen på enheten involverades vilket resulterade i ett förtydligande av hur det fortsatta arbetet skulle se ut.

Innovationer som har kommit fram under ert förbättringsarbete (provat något helt nytt)?

Under arbetet har det framkommit att olika läkare har olika syn på smärtbehandling vilket kan vara svårt för sjuksköterskorna, framförallt under jour tid.

Det har också framkommit att överrapportering och information till jour kan bli långa och ostrukturerade.

SBAR kan vara ett sätt att hitta former för en mer informativ och effektiv kommunikation

Aktiviteter

Journalgranskning
Test av formulär för smärtanalys
Möte med smärtgruppen

Resultat

Arbetet är påbörjat men kommer genomföras under våren 2016, därför kan inga resultat redovisas i denna rapport

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Flera processer är påbörjade men det är ännu för tidigt att utvärdera måluppfyllelsen. Reflektioner i gruppen har handlat om de skattningsformulär som är på gång regionalt (IPOS, NVP) och vilken roll de kommer att spela framöver. Svårt att få plats med förbättringsarbete när mycket annat pågår. Kanske upplevs ytterligare ett formulär som negativt, både av personal och patienter?

Hur har ni skapat kundinflytande?

Patienter har medverkat när smärtformuläret utprovades. Vi har dock inte haft med någon patient eller anhörig i själva gruppen, vilket delvis kan bero på att gruppen hade en lång startsträcka innan arbetet kom igång.

Hur påverkas patientsäkerheten av ert förbättringsarbete?

När måluppfyllelsen är nådd är förhoppningen att patientsäkerheten ska ha ökat då utbildningen lett till ett gemensamt synsätt.

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

Det har varit svårt att få tid till arbetet, gruppen var också instabil till en början då medarbetare slutade och var sjukskrivna, samt nya kom in. Detta ledde tyvärr till att övriga medarbetare inte blivit så involverade som vi såhär i efterhand skulle önskat.

Medarbetare kommer att involveras inom en snar framtid, i takt med att utbildningar drar igång.

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

- Fördelar: Intressant att träffa kollegor från andra enheter, roligt att få vara del i att göra arbetet bättre.
- Nackdelar: Svårt att få tid, svårt att komma igång pga gruppens bristande erfarenhet inom förbättringsarbete
- Mest givande: Bra föreläsningar
- Svårast: Att hålla motivationen uppe
- Lärdomar: Utvecklingsarbete tar tid!

Framtiden

Genomförandet finns framför oss, vi vill ha gemensamma riktlinjer för all personal kring smärtarbete, en större samsyn och bättre smärtlindrade patienter.

Smärtlindring och munhälsa

Förbättringsprogram
Palliativ vård Syd 2015
Teammedlemmar/deltagare
Teamledare/ssk Arnhild Nilsson, Arnhild.Nilsson@skane.se Läkare Åsa Hallgårde, Asa.Hallgarde@skane.se Fysioterapeut Ingela Andersson, Ingela.IM.Andersson@skane.se Sjuksköterska Eva Marie Frosthagen, Eva-Marie.Frosthagen@skane.se Sjuksköterska Kristina Bengtsson, Kristina.pht.Bengtsson@skane.se Sjuksköterska Kristina Johansson, Kristina.K.Johansson@skane.se
Arbetsplats
ASIH Ängelholm, ASIH Helsingborg och Palliativvårdsavdelning Helsingborg

Syfte
<p>Vi vill utifrån resultaten i palliativ registret skapa strukturerade arbetsmetoder för att förbättra smärtlindring och munhälsa för våra patienter i ASIH Helsingborg och Ängelholm och den palliativa slutenvårdsavdelningen i Helsingborg.</p> <p>Vi vill också motiveras till fortsatt arbete med palliativa registret och skapa bästa möjliga palliativa vård för våra patienter utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.</p>

Bakgrund/problem
<p>Palliativ vård och ASIH finns i hela Region Skåne. Vårt uppdrag är att utveckla en likvärdig vård oavsett diagnos, ålder och bostadsort.</p> <p>Vårt upptagningsområde ingår följande kommuner: Bjuv, Helsingborg, Landskrona, Svalöv, Höganäs, Ängelholm, Klippan, Båstad, Örkelljunga och Åstorp.</p> <p>Vi ger symtomlindrande vård då sjukdom inte längre kan botas. Vi kan också erbjuda avancerad sjukvård i hemmet som ett alternativ till sjukhusvård. Vi har också en palliativ slutenvårdsavdelning i Helsingborg. Vi utför punktinsatser och konsultuppdrag till sjukhus och Primärvård.</p> <p>För att få vård hos oss behöver vi en remiss från behandlande läkare. Vården sker ibland i samarbete med kommuner, primärvård, sjukhus, med flera.</p> <p>Problem:</p> <p>Vi har under många år arbetat med svenska palliativregistret, och funnit att det kan vara svårt att se på vilket sätt vi kan mäta kvalitet av vårt arbete ur registrets resultat. Hur vet vi att patientens behov och den individuella vården kommer fram av de registrerade uppgifterna i kvalitetsregistret? Genom att arbeta med palliativa registret vill vi lära oss vilka områden som visar på sämre resultat och som vi bör förbättra. När vi nu studerar registret närmare finner vi att vårt förbättringsområde i detta program ska fokusera på förbättrad smärtlindring och munvård.</p>

Förbättringsmål

Ett övergripande mål är att möta varje patient individuellt och ha patientens behov i fokus.

Delmål:

- Alla patienter, 90 %, ska skattas för smärta varje vecka, eller vid statusförändring.
- Munhälsa ska bedömas hos 90 % av patienterna vid inskrivning och vid statusförändringar.
- Vi vill utifrån resultaten i palliativ registret samt utifrån vår basmätning och kartläggning skapa strukturerade arbetsmetoder för att förbättra smärtlindring och munhälsa för våra patienter.
- Utbilda personal, såväl intern som externt, i smärtlindring och munvård

Hur gjordes mätningarna?

Vi kommer bl.a. att studera resultat i palliativ registret och jobba med dem systematiskt

Förändringar som testats/PGSA:

PGSA1

Vi har planerat att vid varje teamrond som utförs följa upp registrerad smärtskattning. Därefter får vi studera resultat. Vad fungerade bra och vad kunde missas? Därefter får vi bestämma om denna rutin ska genomföras.

PGSA 2

Vi planerar uppdaterad smärtomvårdningsplan. Sen får vi i arbetsgruppen sammanställa resultat och analysera om denna test fungerar

PGSA 3

Vi planerar en uppdaterad munhälsa i patientens journal. Uppdatering sker och utvärdering samt analys får ligga till grund för denna test.

Aktiviteter:

I början av förbättringsarbete gjordes en patientprocesskartläggning på samtliga enheter i verksamheten, för att involvera alla medarbetare i en utvald patient. Vi följde en patient från inskrivning i ASIH, ett kortare vårdtillfälle på palliativvårdsavdelning för sen att återgå till hemmet och dö där. Detta för att öka förståelsen för hur det är att vara patient.

Resultat:

Vi kan bara notera att resultat inte kan redovisas i nuläget då förbättringsarbetet pågår. Våra tester måste först slutföras och analyseras. Men vi kan redan notera att vi gjort vissa ändrade rondrutiner

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

Genom att ändra i rutiner på teamronderna involveras det multiprofessionella teamet, vilket gör alla uppmärksamma på vikten av att dokumentera patientens smärta och munhälsa. Utbildning internt och externt. Utbildning i munhälsa.

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

Förändring tar tid! Hur engagerar vi alla medarbetare och får alla att känna vikten av att arbeta strukturerat? Hur hittar vi balansen mellan att arbeta strukturerat och individuellt? Viktigt att ha stöd från ledningen, vilket vi har haft.

Framtiden:

Vi kommer att följa upp våra aktiviteter fortlöpande för att se om vi uppnår resultat. Utmaningen sen blir att vi arbetar efter de rutiner vi har skapat samt arbeta med ständiga förbättringar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Bästa möjliga vård sett ur patientens perspektiv

Förbättringsprogram
Palliativ vård 2015
Teammedlemmar/deltagare
Enhetschef, Camilla Tengvall Ssk, Annika Hallin Ssk, Anne-Charlotte Lincoln
Arbetsplats
Palliativ vård och ASIH - Lund
Bakgrund/problem
Inte önskvärda resultat i Palliativ registret. Osäkerhet kring registrering.

Syfte med förbättringsarbetet
Kvalitetssäkra att patienterna får så god vård som möjligt med fokus på trycksår och munhälsa

Mål
Att patientens munhälsa bedöms enligt ROAG samt dokumenteras. Viktigt att skilja på om patienterna har trycksår då de kommer till avdelningen eller om trycksår uppkommer på avdelningen, minimera antalet uppkomna trycksår.

Mätningar
Journalgranska samt beskriva hur många avvikelser som fanns, hur många hade ökad risk enligt ROAG, eller ökad risk för trycksår enligt riskbedömning.

Förändringar som testats/PGSA
Framtagen mall för tolkning av Palliativregisterfrågorna. Mallen har presenterats på APT och används nu vid ifyllandet av Palliativregistret.

Innovationer som har kommit fram under ert förbättringsarbete (provat något helt nytt)?
Det har blivit en tydlighet kring vilka patienter som ska registreras. ASIH registrerar inte de patienter som finns på boenden längre, då någon annan äger sängen.

Aktiviteter
Journalgranskning samt information och uppföljning på APT

Resultat

Framtagen mall för tolkning av Palliativ registret har tagits fram. Målet är att samtlig personal ska använda sig av mallen, så att alla svarar samstämmigt, vilket gör att resultaten tolkas korrekt.

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Vi har inte ännu uppfyllt vårt initiala mål kring munhälsa och trycksår, dock är vi på god väg, då samtlig personal använder sig av framtagen mall kring tolkning av Palliativ registerfrågorna.

Hur har ni skapat kundinflytande?

Att ha patientföreträdare med på utbildningsdagarna har varit mycket givande och gett oss ett annat perspektiv kring hur vi ska tänka.

Hur påverkas patientsäkerheten av ert förbättringsarbete?

Patientsäkerheten förbättras i samband med att vi nu svarar samstämmigt på Palliativ registerfrågorna. Detta leder till att vi i vårt förbättringsarbete, har fokus på samma sak.

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

Delaktighet har skett via APT samt att vår processkarta har suttit upp för alla att fylla på.

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

- **Fördelar:** Problemen blir tydliga, viktigt att se allt ur patientens perspektiv.
- **Nackdelar:** Svårt att få tillräckligt med tid för arbetet.
- **Mest givande:** Att vi har arbetat i stor grupp, intressant att ta del av andras arbete
- **Svårast:** Få tillräckligt med tid för arbetet
- **Lärdomar:** Viktigt att stanna upp och titta på vad vi verkligen gör och för vem vi gör det

Framtiden

Vi kommer fortsätta att arbeta mot att förbättra munhälsa samt trycksår nu när vi vet att alla svarar samstämmigt på Palliativ registerfrågorna. Vi kommer att arbeta med att kompetenshöja personalen angående trycksår och munhälsa genom att ha workshops och interna föreläsningar. Vi kommer även att ta in fysioterapeuten och arbetsterapeuten som en resurs i lägesändringar och hjälpmedel vid förflyttningar. Fortsätta journalgranska regelbundet.

Smärta och munhälsa inom palliativ vård i Landskrona stad

Förbättringsprogram
Palliativ vård Syd 2015
Teammedlemmar/deltagare
Malin Edlund, Bitr. EC, malin.edlund@landskrona.se Lena Holm DSK Ewa Persson, DSK Pia Rönn, SSK Malin Goldner SSK Carina Tagesson Landin SSK
Arbetsplats
SSK-organisationen Landskrona stad
Bakgrund/problem
Landskrona Stad är en kommun med 61 sjuksköterskor som arbetar dag/kväll/natt i hemsjukvård på särskilt boende och LSS boenden. Vi saknar ett gemensamt strukturerat arbetssätt att tillsammans med hemvården bedriva palliativ vård i livets slut. Det har framkommit att behov finns av mer kunskap av registrering i det palliativa registret. När vi gick in i palliativa registret framgick det att vissa områden behövde förbättras för att vi ska kunna ge optimal vård. Lägst täckningsgrad hade registreringen av smärtskattning och dokumenterad munhälsa därför valde vi att fokusera på dessa områden i vårt förbättringsarbete.

Syfte med förbättringsarbetet
Förbättra omhändertagandet och ge god smärtlindring och munhälsa till palliativa patienter i livets slutskede i Landskrona stad. Ett annat syfte med detta förbättringsarbete är att öka antalet registreringar i palliativa registret. Vi vill även öka antalet utförda munhälsobedömningar och antalet validerade smärtskattningar.

Mål
Övergripande mål: God smärtlindring och god munvård för samtliga patienter i Landskrona Stad
Delmål: *Att 80% av patienterna som bedömts vara i ett palliativt skede får sin munhälsa bedömd samt har smärtskattats på ett validerat sätt. *Genom att arbeta fram rutiner som gör att bedömning av smärta sker regelbundet och på lika sätt. *Få mer strukturerat arbetssätt genom att använda smärtskattningsskalor, såsom ESAS och Abbey Pain Scale *Få mer strukturerat arbetssätt genom att använda ROAG

- *Ökar kollegors kunskap i palliativ smärtlindring som på sikt sannolikt även ökar patientens trygghet
- *Öka kollegors kunskap och registrering i palliativa registret

Mätningar

- *Enkäter har skickats ut till samtliga sjuksköterskor (61st) 45 svar erhöles. Detta är vår basmätning.
- *Data taget från palliativa registret. Jämförelser mellan år 2015 och 2016 kommer att utföras

Mått:

Vi har använt en enkät med 6 frågor angående bedömning av smärta, smärtskalor, dokumentation av smärtskattning, ordinationer på smärtlindring och kunskap om palliativa registret.

Förändringar som testats/PGSA

Detta är planerade förändringar som ska införas och som kommer utvärderas i PGSA:

- *Träff med ASIH-har ägt rum, regelbundna träffar planeras
- *Avsatt tid på arbetsplatsträff en gång i mån-där information, diskussion kan föras ang. palliativ vård på området
- *Information om palliativa patienter ges för kännedom/bedömning till samtlig helgpersonal
- *Rutin är skriven ang ESAS & ROAG
- *Munspeglar har köpts in för att användas vid munhälsobedömningar

Innovationer som har kommit fram under ert förbättringsarbete (provat något helt nytt)?

Detta är nya förändringar som vi vill införa:

- *Läkemedelskit- trygghetslåda, förslag ligger på att använda kit med basläkemedel som alltid ska finnas färdiga i basförrådet för att snabbt kunna tas ut till palliativa patienter i livets slutskede.
- *Nationella vårdplanen, NVP-förhoppningar att implementera i vår kommun
- *Ladda ner apparna ROAG och Abbey pain scale på androidtelefoner

Aktiviteter

Enkäter till sjuksköterskor
Alla sjuksköterskor har fått information via APT
Ändrade rutiner gällande symtomskattning

Resultat

61 enkäter lämnades ut varav 45 svar erhöles.
Urval av resultatet av enkätsvaren visar att:
23 av 45 SSK behöver genomgång av palliativa registret.
21 av 45 använder smärtskattningsskalor i vård i livets slut.

--

Sammanfattning kring måluppfyllelse
--

Under 2015 har vi ökat smärtskattning med 6,3% jämfört med 2014 enl. kvalitetsportalen.

Hur har ni skapat kundinflytande?
--

Delaktigheten har ökat bland kollegorna.
--

Hur påverkas patientsäkerheten av ert förbättringsarbete?
--

För tidigt att reflektera över.

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?
--

Via information på APT

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- <i>Fördelar:</i> Förtydligar problematik. Alla blir delaktiga. Tydligare struktur- <i>Nackdelar:</i> Tar tid- <i>Mest givande:</i> Alla blir delaktiga- <i>Svårast:</i> Motivera personal som inte ingått i gruppen.- <i>Lärdomar:</i> Förbättringsarbete tar tid, lång process. |
|--|

Framtiden

Fortsatta regelbundna träffar med palliativa ombudsgruppen Fortlöpande information samt utbildning till kollegor Förbättringsarbetet med nya rutiner och arbetssätt kommer fortgå.
--

ESAS

Förbättringsprogram
Palliativ vård syd 2015
Teammedlemmar/deltagare
Sjuksköterska, Martina Björkhem Specialistsjuksköterska, Anna Ardegård, Sjuksköterska, Linda Wennerberg- Jönsson (t.om. 150830) Specialistsjuksköterska Tanja Kallenberg, tanja.kallenberg@ltblekinge.se (Kontaktperson) Kurator, Pia Listrup Läkare, Titti Mattsson Läkare, Sergio Arauzo Alonso
Arbetsplats
Palliativmedicinska sektionen Blekingesjukhuset Karlshamn
Bakgrund/problem
Symtomlindring kan vara avgörande för att patienter inom palliativ vård ska uppleva livskvalitet. Det är av betydelse att tidigt upptäcka, förebygga och behandla symtom. Möjligheten att uppnå en god symtomlindring ökar om arbetet med symtomskattning görs på ett systematiskt och strukturerat sätt.

Syfte med förbättringsarbetet
Syftet är att förbättra symtomlindring genom att använda det validerade instrumentet ESAS.

Mål
Målet är att synliggöra patienters symtombild genom att använda ett validerat instrument till 80% av de patienter som är anslutna till den palliativmedicinska sektionen i Karlshamn.

Mätningar
Journalgranskning har gjorts för att se när mätinstrumentet ESAS använts. Stickprov för journalgranskning under främst två-veckors intervaller har gjorts för vecka 12, 21-22, 31-32 samt 37-38. Dels gjordes mätning för hur många patienter symtomskattning med ESAS gjordes på jämfört med hur många patienter som var anslutna vid perioden. Dels gjordes mätning över symtomskattade patienter med ESAS i samband med anslutning till oss jämfört med totala antalet patienter som var anslutna.

Förändringar som testats/PGSA
Lyckad förändring var att skapa rutin för symtomskattning med hjälp av ESAS. Rutinen föll i en svacka över sommarveckorna för att sedan hämta upp sig resultatmässigt igen. Vi märkte emellanåt av svårigheter för patienter att uttrycka sig i siffror. Vi kom fram till att använda ESAS som diskussionsunderlag för att synliggöra symtombilden.

Innovationer som har kommit fram under ert förbättringsarbete (provat något helt nytt)?

Vi har startat nya förbättringsarbeten då vi blivit inspirerade till att fortsätta arbeta med förbättringsområden som framkommit under våra diskussioner under detta arbete. Exempelvis att införa de 6 S:n i verksamheten.

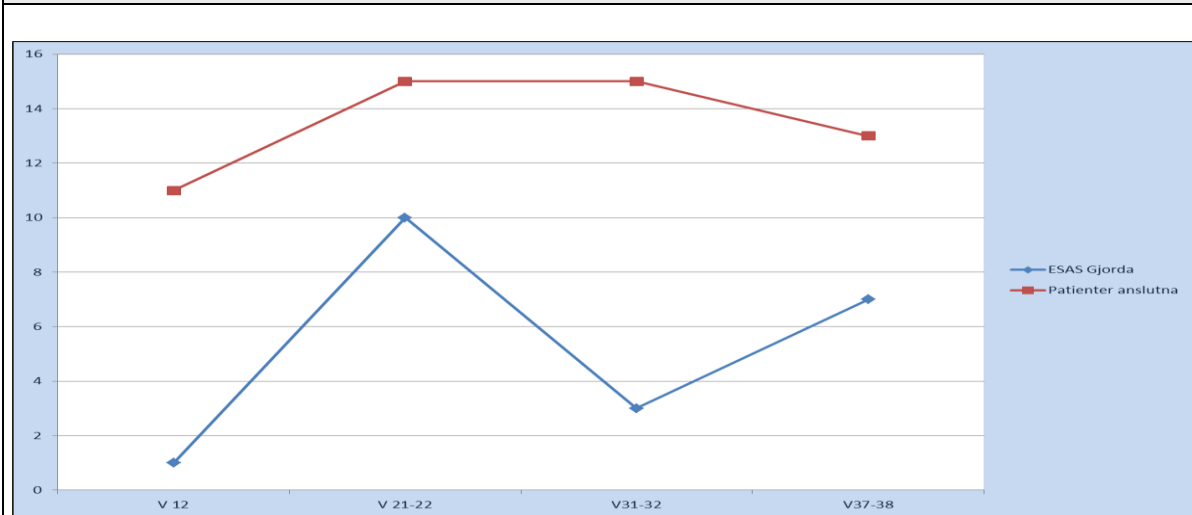
Aktiviteter

Genomgång av palliativregistrets dödsfallsenkät för att få en samsyn och där med minska felaktiga registreringar.

Gjort mätningar, journalgranskning- ESAS vid anslutning, regelbundenhet.

Diskussioner kring ESAS- ex; nyttan med det? Hur gör vi när patienten inte kan sätta en siffra på sitt symptom?

Resultat



Sammanfattning kring måluppfyllelse

Då målet var att använda ett validerat instrument till 80% av de patienter som är anslutna till den palliativmedicinska sektionen i Karlshamn kan vi se att målet ej nåtts ännu. Vi har analyserat resultatet; stor personalomsättning, det tar tid att införa något nytt.

Ingen förbättring av resultat i palliativregistret har kunnat ses. Ingen effekt ses troligen pga att vi arbetar som konsultteam. Hur når vi ut med vårt förbättringsarbete till dem som vi samarbetar med och vilka ”äger vårdssängen”?

Hur har ni skapat kundinflytande?

Vi har frågat patienten om hur de upplever att bli skattade av ESAS för att få deras perspektiv.

Hur påverkas patientsäkerheten av ert förbättringsarbete?

Bedömning av symptom går från att vara subjektiva till mer objektiva då färgning av sjuksköterskans tolkning inte sker. Därav lättare att göra likformig bedömning och strukturerad uppföljning.

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

Försök har gjorts med att sprida användandet av ESAS på avdelning och inom hemsjukvård för att synliggöra patienters symtombild. Dock finns här mer att göra.

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

- *Fördelar: Att få hjälpmedel och kunskap för att arbeta mer strukturerat med förbättringsarbeten i teamet*
- *Nackdelar: Svårt att göra förbättringsarbetet över semesterperioden.*
- *Mest givande: Inspiration till att vi vill göra mer och fler förbättringar i verksamheten.*
- *Svårast: Hålla fast vid plan och rutiner.*
- *Lärdomar: Skapa rutiner, ge det tid, hålla fast vid arbetet trots exempelvis semesterperioder. Bra mötesstruktur för arbetet, korta koncentrerade möten.*

Framtiden

Att skapa handlingsplaner för de olika symtomen.

Smärtskattning

Förbättringsprogram
Smärtskattning Palliativmedicin Karlskrona
Teammedlemmar/deltagare
Camilla Perland, camilla.perland@lblekinge.se . Sjuksköterska Gun-Britt Johansson, sjuksköterska, Karin Petersson, sjuksköterska Pablo Carralero, läkare, Mikaela Sevestedt kurator
Arbetsplats
Palliativmedicin Karlskrona
Bakgrund/problem
Smärtskattning dokumenteras i dålig utsträckning.

Syfte med förbättringsarbetet
Att optimera smärtbehandling hos patienter anslutna till Palliativmedicinska sektionen i östra Blekinge.

Mål
Att dokumenterad smärtskattning genomförs på alla anslutna till palliativmedicin i östra Blekinge som vårdas utanför sjukhuset. Detta för att upptäcka samt utvärdera smärtbehandling med hjälp av smärtskattningsskalor.

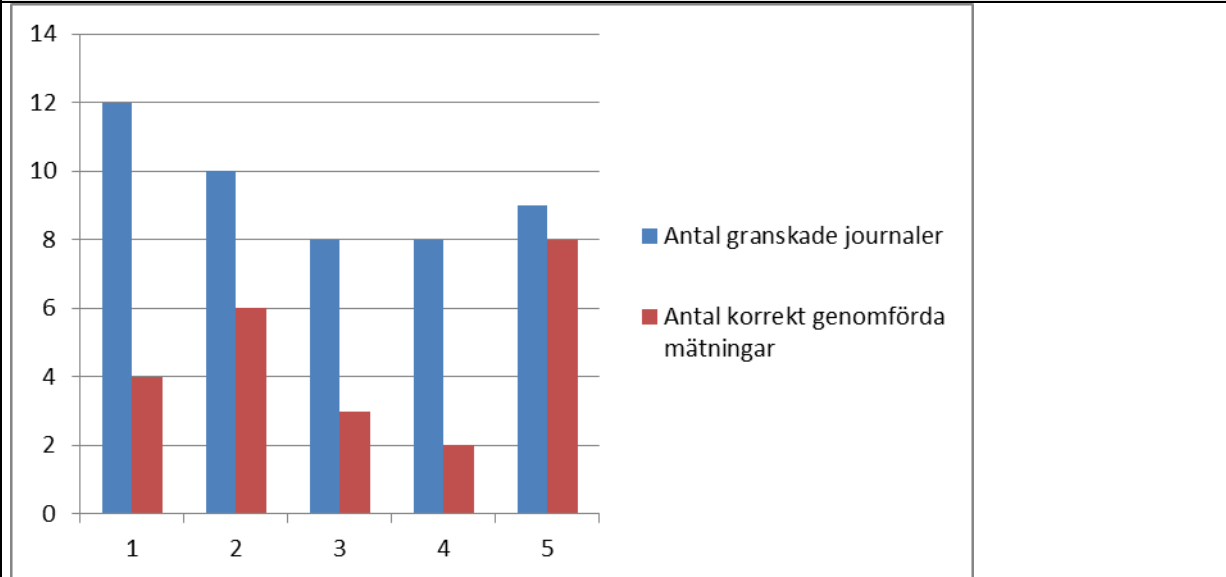
Mätningar
Pinnmått genom journalgranskning. Har kontrollerat fredag och en vecka tillbaka om det finns dokumenterat att smärtskattningsinstrument använts i kontakt med patienter som vårdas i hemmet eller särskilt boende.

Förändringar som testats/PGSA
Försökt införa nya sökord i datajournalen. Detta gick inte att genomföra då landstinget precis beslutat att se över detta över hela landstinget. Information till kollegor om hur vi skall dokumentera.

Innovationer som har kommit fram under ert förbättringsarbete (provat något helt nytt)?

Aktiviteter
Informationsblad till kollegor om hur vi skall dokumentera smärtskattningen. Hämtat in kunskap om olika skattningsinstrument. Hämtat ut regelbunden statistik från palliativregistret. Flödesschema för NRS, handlingsplan.

Resultat



Sammanfattning kring måluppfyllelse

Målet var att börja dokumentera smärtskattning med hjälp av smärtskattningsinstrument. Ett uppdrag blev att utforma hur dokumentationen skulle utföras, detta för att alla ska journalföra korrekt, vilket skulle leda till att kollegor lättare ska hitta och ta till sig informationen. Detta uppdrag har vi lyckats med och vi fortsätter att arbeta med att få in smärtskattningsskalor som sökord i journalen för att uppmärksamma vikten av skattning.

Då vi inte äger sängarna är det svårt att utvärdera genom palliativregistret, men det vi märkt är att allt eftersom vi börjat prata kring användandet av validerade mätinstrument har även statistiken i palliativregistret förbättrats. Detta trots att vi inte aktivt arbetat med de patienter som är inläggande inom slutenvården. Vår förhoppning är att i förlängningen så kommer en rätt utvärderad smärta även kunna leda till bättre smärtlindring för patienten. Rätt utvärderad smärta gör att vi får en ökad möjlighet att upptäcka smärtan i tid, utföra smärtanalys, samt se förändringar över tid. Av vikt är även att smärtskattningen ger oss en möjlighet att utvärdera den behandling som givits.

Hur har ni skapat kundinflytande?

Patienterna har graderat sin smärta på en NRS skala mellan 0-10 där 10 är värsta tänkbara smärta. Hur det i förlängningen blivit med smärtan efter att de graderat den är svårt att säga. Vi har följt upp med fråga innan smärtlindring och om den graderats högt har vi förändrat smärtlindringen i samarbete med patienten och sedan har detta följts upp med en ny fråga någon dag senare. Det som upplevts är att det är svårt att bara gradera smärtan med NRS, utifrån det vet vi endast intensiteten och det är viktigt att gå djupare med andra frågor. Till exempel hade vi en patient under perioden som alltid skattade sin smärta på de högsta parametrarna, men det visade sig efter djupare samtal att smärtan inte bara var fysisk och därför inte kunde smärtstillas med enbart smärtlindring.

Hur påverkas patientsäkerheten av ert förbättringsarbete?

Som en följd av ett mer strukturerat dokumentationssätt av validerade smärtskattningsinstrument tror vi att patientsäkerheten gagnas. Detta för att vi tidigare kan upptäcka smärta. Vi får också ett bättre sätt att utvärdera smärtan på. Däremot finns det alltid en risk att lyfta frågor flera gånger och patienten kanske tillslut svarar rutinmässigt. Viktigt att informera patienten om varför vi ställer dessa frågor. Att stödja patienten i det fall denne har svårt att svara på frågan, smärta är svårt att beskriva och det är inte alltid lätt att sammanfatta ett smärtillstånd till en siffra.

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

Samtal i gruppen kring arbetet. Redovisning om vad vi har gjort i Hässleholm.

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

- *Fördelar:* Bra att arbeta på ett strukturerat sätt.
- *Nackdelar:* Svårt när man inte upplever att man har tiden att sätta sig in i hur det fungerar fullt ut.
- *Mest givande:* Att vi fått instrument som möjliggör förbättringsarbeten på ett strukturerat sätt.
- *Svårast:* Att ta sig tiden till att verkligen gå in i arbetet.
- *Lärdomar:* Viktigt med tidsaspekten. Påbörja inte arbetet över sommaren. Förbättringsarbeten tar tid.

Framtiden

Vi kommer fortsätta dokumentera utefter de riktlinjer som vi har satt upp. Följa upp om några veckor hur det ser ut.

Efterlevandesamtal

Förbättringsprogram
Palliativ vård 2015
Teammedlemmar/deltagare
Dsk Kajsa Andersson: kajsa.andersson@markaryd.se Ssk Susanna Bolin: susanna.bolin@almhult.se Onk.ssk Jenny-Ann Johansson: jenny-ann.johansson@kronoberg.se Ssk, Camilla Nilsson: camilla.nilsson@markaryd.se Dsk Emma Nyblom: emma.nyblom@almhult.se (kontaktperson)
Arbetsplats
Älmhults kommun, Markaryds kommun, Palliativa Rådgivningsteamet Ljungby
Bakgrund/problem
Vid granskning av resultatet i Svenska palliativregistret framkom att Markaryd och Älmhults kommun i otillräcklig utsträckning erbjuder efterlevandesamtal till närstående.

Syfte med förbättringsarbetet
Syftet med förbättringsarbetet är att öka förståelsen och betydelsen av efterlevandesamtal samt att skapa en rutin och en användarvänlig manual för sjuksköterskor att använda vid efterlevandesamtalet, som på så sätt kvalitetssäkras.

Mål
Målet med förbättringsarbetet är att anhöriga till samtliga vårdtagare som varit inskrivna och avlidit i kommunal hemsjukvård i Älmhults och Markaryds kommun ska erbjudas efterlevandesamtal. Målet (100 %) mäts via resultatet i palliativregistret och ska vara uppnått mars 2016.

Mätningar
Granskning av resultat och spindeldiagram ur Svenska palliativregistret gällande erbjudande av efterlevandesamtal i Markaryds och Älmhults kommun januari 2014 – januari 2015.

Förändringar som testats/PGSA
Arbetet påbörjades genom framtagande av en patientprocesskarta, där det framkom en upplevelse av att färre efterlevandesamtal genomfördes när patienten inte var ansluten till Palliativa Rådgivningsteamet. Sjuksköterskor i hemsjukvården i Älmhults och Markaryds kommun fick besvara en enkät gällande efterlevandesamtal. Enkätresultatet bekräftade att det oftare erbjöds och hölls efterlevandesamtal när Palliativa Rådgivningsteamet var inkopplat samt att efterlevandesamtal erbjöds och hölls i större utsträckning vid dödsfall i ordinärt boende, jämfört med i särskilt boende. Resultatet visade vidare att sjuksköterskor i upprepade fall avstod från att erbjuda och hålla efterlevandesamtal på grund av osäkerhet samt avsaknad av riktlinjer/rutiner. Det framkom önskemål om färdigstrukturerade frågor att ha till stöd under samtalet. Vid samtal med sjuksköterskor i Palliativa Rådgivningsteamet framkom att den befintliga stödmanual som användes vid efterlevandesamtal, Weissman, var svår att använda. Önskemål om en mer lättanvänd manual framkom även i denna grupp. Efter sökningar via internet samt inhämtning av befintliga manualer från diverse avdelningar

på Ljungby Lasarett, sammanfattades och utarbetades en ny manual (Bilaga 1). En rutin (Bilaga 2) för hur, när, var och av vem efterlevandesamtal ska hållas utarbetades med stöd av den information som ges om efterlevandesamtal på palliativregistrets hemsida (www.palliativ.se).

Muntlig information kring betydelsen av efterlevandesamtal lämnades till samtliga sjuksköterskor i de berörda kommunerna. Den utarbetade manualen (Bilaga 1) överlämnades till kollegor i Markaryds och Älmhults kommun samt i Palliativa Rådgivningsteamet i Ljungby, för att prova vid framtida efterlevandesamtal. Efter att ett antal kollegor, och även en anhörig, fått lämna åsikter om utformningen av manualen förändrades en av stödpunkterna och manualen provas nu åter.

Innovationer som har kommit fram under ert förbättringsarbete (provat något helt nytt)?

Framtagande av rutiner samt en ny användarvänlig manual med stödfrågor att använda vid efterlevandesamtal.

Viktigt med teamarbete samt att omvårdnadspersonal involveras i efterlevandesamtalet.

Aktiviteter

Patientprocesskarta, granskning av kvalitetsregister, enkät, intervju.

Resultat

Arbetet är på implementeringsstadium. Mätbart resultat förväntas först mars 2016.

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Mätbart resultat förväntas först mars 2016.

Hur har ni skapat kundinflytande?

Insamling av muntliga och skriftliga synpunkter på manualen från sjuksköterskor och anhörig.

Hur påverkas patientsäkerheten av ert förbättringsarbete?

Kvalitetssäkring av efterlevandesamtalet.

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

Enkätundersökning och information samt inhämtning av synpunkter från kollegor i respektive kommun samt från Palliativa Rådgivningsteamet.

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

- Fördelar: Utvecklande och stimulerande.
- Nackdelar: Tar mycket tid från ordinarie arbete.
- Mest givande: Känslan av att arbetet kommer anhöriga och verksamheten till godo.
- Svårast: Finna tid till att träffas.
- Lärdomar: Utvecklande att dela erfarenheter från olika verksamheter

Framtiden

Prova den utarbetade manualen, förankring i palliativ arbetsgrupp, förankring med verksamhetschef och kollegor.

Stöd vid efterlevandesamtal

Förberedelse inför efterlevandesamtalet

Läs på och sätt dig in i journalen.

Hur bör efterlevandesamtalet genomföras?

Inled samtalet med en sammanfattning av vårdförloppet; när blev Hemsjukvården inkopplad?

Viktiga händelser/brytpunkter? Specifika problem under vårdtiden?

Nedanstående frågor kan underlätta samtalet och vara ett stöd:

- Hur har du det nu/hur mår du?
- Hur var begravningen?
- Om du tänker tillbaka på (namnet) sista tid, hur tänker du då?
- Blev den sista tiden som du och (namnet) tänkt dig?
- Hur fungerade symtomlindringen?
- Har du frågor om sista vårdtiden?
- Hur går du vidare, har du stöd runt omkring dig?
- Är det något du funderar på?

Att tänka på:

- Vid behov av fortsatt stöd i sorgprocessen, förmedla kontakt med ex. läkare, kurator, sorgegrupp, präst/diakonissa. Om barn/tonåringar finns som anhöriga kan kontakt behöva tas med ex. BUP, skolsköterka. Vid risk för komplicerad sorg kan sårbarhetsbedömning behöva göras, kontakta Palliativa Rådgivningsteamet Ljungby/Växjö för bedömningsunderlag.
- Erbjud närstående att höra av sig till hemsjukvården om ytterligare frågor dyker upp.
- Om den närstående inte är nöjd med vården är det viktigt att ta emot synpunkter. Fråga alltid om du får förmedla dem vidare till din chef, i syfte att identifiera orsaker som kan leda till förbättringsarbete.
- Lämna ut lämplig broschyr, ex ”Tankar om sorg”.

Rutin vid efterlevandesamtal

Vem erbjuder efterlevandesamtal och hur?

Patientansvarig sjuksköterska har till uppgift att informera samt erbjuda närstående efterlevandesamtal. Erbjudandet ska framföras i samband med dödsfallet eller när patientansvarig sjuksköterska åter är i tjänst efter dödsfallet.

Patientansvarig sjuksköterska ringer ca 4 veckor efter dödsfallet och avtalar tidpunkt för efterlevandesamtalet.

Vem/vilka ska erbjudas efterlevandesamtal?

Minst en närstående vid varje dödsfall ska erbjudas samtal, eventuellt flera om de bedöms vara i riskzon för komplicerad sorg. Dokumentera erbjudandet, samt om närstående har tackat ja eller nej.

Vem ska genomföra efterlevandesamtalet?

Patientansvarig sjuksköterska. Om patienten varit inskriven i rådgivningsteamet hålls efterlevandesamtalet tillsammans med sjuksköterska därifrån.

När ska efterlevandesamtalet genomföras?

Cirka 6-8 veckor efter dödsfallet brukar vara en lämplig tidpunkt.

Vilken plats är lämplig?

Efterlevandesamtalet bör ske på en ostörd plats där trygghet och avskildhet kan skapas. Det kan vara på vårdenheten, i närståendes hem eller per telefon, beroende på närståendes önskemål och vad som är praktiskt genomförbart.

Brytpunktssamtal

Förbättringsprogram
Palliativ vård Syd 2015
Teammedlemmar/deltagare
Läkare Helene Reimertz, Sjuksköterska Maria Björk, Sjuksköterska Helena Karlsson,
Arbetsplats
Palliativa rådgivningsteamet (östra delen), Onkologkliniken, Region Kronoberg
Bakgrund/problem
<p>Problem med bristfällig dokumentation samt kommunikation kring brytpunktssamtal.</p> <p>I Kronobergslän har vi generellt sätt låga siffror, ca 55 %, i palliativ registret gällande läkarinformation till patienten. Detta medförde att vi i rådgivningsteamet hösten 2014 genomförde en journalgranskning av teamets inskrivna patienter. Vi fann då att vi inte dokumenterade korrekt och hade därmed svårt att få fram adekvat information.</p> <p>I vårt nuvarande arbetssätt bildar vi team runt patienten. I teamet ingår rådgivningsteamets läkare, kurator och sjuksköterska samt kommunens sjuksköterska. Vi gör kontinuerliga hembesök tillsammans utifrån patientens/närståendes behov.</p> <p>I samband med att patientens tillstånd försämras hålls ett brytpunktssamtal. Här bör patientens önskan om var hen vill vårdas sista tiden i livet tas upp som en del av samtalet För att underlätta informationsöverföringen skall detta dokumenteras. Vi har sett att konsekvensen av bristfällig dokumentation/kommunikation inneburit att patienter som önskat få dö hemma blivit inskickade till sjukhuset vid försämring.</p>
Syfte med förbättringsarbetet
Att patient och närstående erbjuds adekvat information för att kunna planera och förbereda samt fatta beslut som är viktiga när tiden kvar i livet är begränsad.
Mål
Att alla patienter i Palliativa rådgivningsteamet ska erbjudas brytpunktssamtal. Samtalet ska vara tillgängligt för vårdgivare under adekvat sökord.
Mätningar
<p>Som grund för vårt arbete finns en baslinjemätning som utfördes i ett annat förbättringsarbete hösten 2014. I hemsjukvården i Ljungby (där rådgivningsteamets läkare dokumenterar) finns brytpunktssamtal dokumenterat i fem av tio journaler men i löpande text. I rådgivningsteamet i Växjö granskades tio journaler där tre samtal finns dokumenterade under rätt sökord. I detta förbättringsarbete har vi granskat tolv journaler vid ett tillfällen.</p>
Förändringar som testats/PGSA
<p>Under arbetet har vi testat tre förbättringsidéer i PGSA-hjul.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ändrade rondrutiner. Försök att strukturera upp rondens så att behov av brytpunktssamtal lyfts för varje patient. Muntlig checklista. Agera: Glömde ofta bort att ta upp på rondens.

- Strukturerar rondrutin. Rondmall utformad utifrån palliativ vårds fyra dimensioner. Agera: Implementering pågår.
- Inför sökordet ”Brytpunktssamtal” i fler journalmallar. Agera: Implementering pågår

Innovationer som har kommit fram under ert förbättringsarbete (provat något helt nytt)?

Tankar om förändrat rondsysteem har framkommit där alla fyra dimensioner lyfts fram på ett strukturerat sätt.

Aktiviteter

- Information till teamledare samt medarbetare i teamet
- Information till berörda sekreterare
- Brainstorming med närstående representant.
- Visualiserat vårt patientflöde för medarbetare och mottagit kommentarer

Resultat

Augusti 2015 ny mätning efter intervention (PGSA1). Tolv journaler granskas:

- 4 av 12, brytpunktssamtal ej omnämnt (ej gjort?)
- 2 av 12, dokumenterat under rätt sökord
- 4 av 12 dokumenterat under sökord bedömning
- 2 av 12 dokumenterat under sökord aktuellt

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Vårt övergripande mål har ännu inte uppnåtts. Arbetet fortskrider med införande av strukturerad rondmall samt ändrade journalmallar.

Hur har ni skapat kundinflytande?

- Kontinuerlig information
- Närstående representant som deltagit i arbetet

Hur påverkas patientsäkerheten av ert förbättringsarbete?

Patientens behov och önskemål tas till vara.

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

Kontinuerlig information/samtal

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

- *Fördelar:* Få lära sig att ta hjälp av befintliga verktyg som underlättar strukturerade förbättringsarbete
- *Nackdelar:* Tiden. Inte prioriterat område. Ej schemalagt.
- *Mest givande:* Förståelsen av vilken nytta man har av att strukturera sitt förbättringsarbete i en mall som är standardiserad

Framtiden

Arbeta mot vårt mål i utökade cirkel där all verksamhet på kliniken involveras.

Teamarbete Palliativ vård Växjö kommun

Förbättringsprogram
Palliativ Vård Syd 2015
Teammedlemmar/deltagare
<i>Sjuksköterska Thorunn Hreinsdottir thorunn.hreinsdottir@vaxjo.se</i> <i>Sjuksköterska Ulla Ottosson ulla.ottosson@vaxjo.se</i> <i>Sjuksköterska Lina Engstrand lina.engstrand@vaxjo.se</i>
Arbetsplats
Växjö kommun
Bakgrund/problem
Sjuksköterskor i Växjö kommun arbetar olika när det kommer till VILS-patienter r/t att alla har olika arbetssätt och rutiner beroende på vilken arbetsplats man tillhör. Vi såg att det var lätt att man missade saker eller inte insåg hur viktigt en del arbetsuppgifter var (tex smärtskattning)beroende på olika arbetssätt. Detta blev extra tydligt när vi gjorde patientprocesskartan och såg att patientens vård/förutsättningarna för att känna sig trygg var olika beroende på område.(tex hur tydligt det var vart man skulle vända sig)

Syfte med förbättringsarbetet
God och säker vård och omsorg på lika villkor för palliativa patienter i Växjö kommun

Mål
Övergripande mål: Ökad trygghet för patienten Delmål: Alla patienter ska veta vart man kan vända sig för att få hjälp.
Övergripande mål: God smärtbehandling Delmål: 70 % av de palliativa patienterna ska smärtskattas med validerat instrument.
Övergripande mål: Skapa förutsättningar för sjuksköterskan att bedriva god, säker och lika vård i hela kommunen för VILS patienter. Delmål: Checklistan för VILS-patienter ska användas på 90 % av patienterna.

Mätningar
Vi har inga mätningar än, men vi kommer att använda Palliativa registret, Kvalitetsportalen och eventuellt intervjuer av palliativa patienter och anhöriga.

Förändringar som testats/PGSA
- Vi har bildat ett team i Växjö kommun som arbetar med att förbättra den palliativa vården.(MAS, enhetschefer, sjuksköterskor, verksamhetsutvecklare) Teamet träffas regelbundet och tar upp frågor som rör palliativ vård. Förankrar idéer och våra ”tester” direkt hos MAS och chef. Vi kommer att utvärdera vilka professioner som ska ingå i teamet. Målet är att minst en undersköterska ska ingå i teamet men det har funnits möjlighet till det. -Ett enkelt dokument med telefonnummer vart man kan vända sig dag, kväll och natt har tagits fram och delas ut till VILS-patienter -Ovanstående dokument trycks upp i avvikande färg så det är lätt att hitta bland alla papper. -En checklista till sjuksköterskor ”Att komma ihåg vid VILS” testas på utvalda enheter.

- Testar att nattsjuksköterskan gör den första smärtskattningen och rapporterar till dagpersonalen.
- Testar att sjuksköterskan skriver en "ordination" på smärtskattning till baspersonal. (först måste all baspersonal få undervisning i smärtskattning)

Innovationer som har kommit fram under ert förbättringsarbete (provat något helt nytt)?

Det som har varit "nytt" för oss har varit att utgå från patientprocesskartan. Det visade tydligt på vissa områden som vi behövde jobba med. Det har till stor del styrts hur vi har prioriterat vårt arbete och problemställningar.

Aktiviteter

Information om vårt arbete på Sjukskötersketräffar
Träffar i det nybildade Palliativa arbetsgruppen, diskussion om fokusområden.
Föreläsning Palliativ vård för sjuksköterskor, rehab, baspersonal.
Baspersonal informeras om/tränas i användning av olika smärtskattningsverktyg.
Diskuterar med dokumentationsansvariga hur dokumentationen kan bli enkel och tydlig.
Utbildning i registerkunskap och användandet av Palliativregistret med representant från Palliativregistret
Har lämnat ut kontaktinformation sjuksköterska och checklistan till två områden i kommunen.
Bestämt att broschyren "Livets sista tid" ska lämnas ut till alla anhöriga till VILS-patienter.

Resultat

Vi har lämnat ut kontaktinformationen sjuksköterskor till två områden. Vi har inte fått svar ännu pga att de inte har haft någon palliativ patient i ordinärt boende ännu.

Sammanfattning kring målpuppfyllelse

Vi har inte fått in några resultat ännu, men fått mycket positiv feedback från de sjuksköterskor som fått ut kontaktinformationen samt checklistan.
Mätning kommer ske i början av april och oktober 2016. Resultatet redovisas på sjuksköterskedagarna eller APT och följs upp i arbetsteamet palliativ vård.

Hur har ni skapat kundinflytande?

Sjuksköterskorna i de två områdena som har fått ut kontaktinformation ska prata med kunden/anhöriga ca. två veckor efter att den är utlämnad för att få veta om de upplever att kontaktinformationen är lättillgänglig.

Hur påverkas patientsäkerheten av ert förbättringsarbete?

Att de snabbt kan hitta numret till en sjuksköterska kommer öka patientsäkerheten.
Checklistan kommer förhoppningsvis att leda till mer lika vård för alla patienter i kommunen.

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

Vi har fått cheferna att inse hur viktigt det är att arbeta mer aktivt med palliativ vård. Medarbetarna ser nu fördelarna med att använda smärtskattningsformulär vid smärtlindring. Medarbetarna är positiva till att arbeta mer lika i kommunen och har tagit väl emot checklistan och kontaktuppgifterna.

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

- *Fördelar:* Ökar engagemang och nytänkande i arbetet. (inte enbart inom palliativ vård)
- *Nackdelar:* Man märker att inget händer om inte cheferna är med och villiga att ändra.
- *Mest givande:* Att vara med och påverka hur vården drivs framåt.
- *Svårast:* I en så stor kommun är det en utmaning att nå ut till alla. Man vill ju att arbetet sätt igång direkt.
- *Lärdomar:* Att vi skulle behöva vara fler i vårt team som åkte till Hässleholm.

Framtiden

Efter att vi har fått in resultaten ska vi sammanställa dem och föra de vidare först till teamet sedan ut till alla medarbetare. Hur de görs är ej bestämt ännu men troligtvis igenom cheferna eller på sjuksköterskedagar eller både och.

Smärtskattning

Förbättringsprogram
Förbättringsprogram Palliativ vård Syd 2015
Teammedlemmar/deltagare
Stina Alvarsson Lisa Johansson
Arbetsplats
Avdelning 40 Onkologkliniken Växjö
Bakgrund/problem
Brister i smärtskattning med NRS/Abbey Pain Scale på ineliggande patienter avd 40. Befintlig rutin ej användarvänlig. Endast 10% skattade enl palliativ registret.

Syfte med förbättringsarbetet
Förbättra och säkerställa en bra smärtbehandling för våra patienter genom smärtskattning. Implementera NRS och Abbey Pain Scale samt utarbeta en rutin för användning och dokumentation.

Mål
Smärtskattning med hjälp av NRS, Abbey Pain Scale ska göras och dokumenteras på samtliga 100% patienter vid ankomstsamtal, fortsätta följas och utvärderas vid behov på patienter men smärta vid ankomst, på patienter med nytilkommen eller förändrad smärta och insättande och dosjustering av analgetika är aktuellt.
Mått med utgångspunkt i palliativregistret: 20-25% utförd validerad smärtskattning första kvartalet 2016.

Mätningar
Mätningar som gjorts: Journalgranskning där vi har mätt hur ofta smärtskattning vid ankomstsamtal utförts.

Förändringar som testats/PGSA	
<p>PGSA-cykel nr: 1</p> <p>Syfte/Övergripande mål: Förbättra och säkerställa bra smärtbehandling genom smärtskattning. Implementera NRS och Abbey Pain Scale.</p> <p>Mått: Smärtskattning ska göras och dokumenteras på samtliga patienter, 100%</p> <p>Förändring att pröva: Smärtskatta med hjälp av NRS/Abbey Pain Scale vid ankomstsamtal som dokumenteras i journalanteckning samt journaltabell.</p> <p>Vad tror vi den ska leda till? Optimering av smärtbehandling.</p> <p>Agera:</p> <p>Statuser:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Samtliga patienter blir tillfrågade och får besvara sin smärta avseende den senaste tiden med NRS eller Abbey Pain Scale. -Flertal upplever det oomständigt att dokumentera smärtan i journaltabellen och besvara skrivna på två olika ställen, så det loggas över. -Sådana en tydlig och rimlig rutin för smärtskattning på avd 40. <p>Studera/analysera:</p> <p>Journalgranskning v 22 visar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Smärtskattning med NRS är utförd på 6 av 14 patienter vid ankomstsamtal. -3 av 6 NRS-räddes av införda i journaltabellen. -På samtliga patienter är smärta besvarat i ankomstsamtal utifrån frågorna "Var och När". 	<p>PGSA-cykel nr: 3</p> <p>Syfte/Övergripande mål: Förbättra och säkerställa bra smärtbehandling genom smärtskattning. Implementera NRS och Abbey Pain Scale.</p> <p>Mått: Smärtskattning ska göras och dokumenteras på samtliga patienter, 100%</p> <p>Förändring att pröva: Implementera en ny rutin för smärtskattning på avdelning 40.</p> <p>Vad tror vi den ska leda till? Fler genomförda smärtskattningar.</p> <p>Agera:</p> <p>Planera:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ny rutin presenteras för chefer v 37 -Rutinen justeras och godkänns av chefer v 39 Rutinen läggs ut på interna webben v 39 efter godkännande. -Presentera på sjuksköterskemöte v 40 -Utvärdering av sjuksköterskor på möte v 44. <p>Göra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Svårighet att få samtliga i sjuksköterskegruppen att följa förändringen pga. brist på tid och mycket andra inbakt. - En del patienter upplever svårighet att sätta sin smärta. <p>Studera/analysera:</p>

Syfte/övergripande mål: Förbättra och säkerställa en bra smärtebehandling genom smärtskattning.
Implementera NRS och öskley Pain Scale
Mått: Smärtskattning ska göras och dokumentera på samtliga patienter: 100%
Förändring att prova: Smärtskatta med hjälp av NRS/öskley Pain Scale vid ankomstsamtal och dokumentera i journalbeskrivning (inte i journaltabellen)
Vad tror vi den ska leda till? Optimering av smärtebehandling.

Agenda:

- Ny mätning vecka 42
- Ta upp resultatet på sjuksköterskemöte
- Besöka VR/Öskley i följande format

Plats:

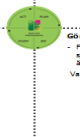
- Malla ut resultat på senaste mätningen och nya förändringar (ett värde inte ska dokumenteras i journaltabell) v. 37
- Ny mätning v. 42 som presenteras på sjuksköterskemöte samma vecka

Studera/analysera:

- 4 av 16 25% smärtskattas genom NRS
- 0 av 16 50% smärta beskriven men inte skattat med NRS
- 3 av 16 19% ej skrivet något under skordet smärta

Göra:

- Fortsättvångheter att få samtliga i sjuksköterskegruppen att skatta med NRS även om nästan samtliga följer om smärta. Var. När. Hur?



Innovationer som har kommit fram under ert förbättringsarbete (provat något helt nytt)?

Alla patienter ska smärtskattas vid ankomstsamtalet och värdet ska dokumenteras i journalen. Försök att dokumentera värdet även i journaltabellen för att få ett sökbar resultat mindre lyckat då detta inte blev gjort. En ny rutin för smärtskattning har tagits fram mer anpassad för avdelningen och lättare att följa.

Aktiviteter

Processkarta togs fram tillsammans med anhörig. Framtagande av ny rutin för smärtskattning på avd 40.

Resultat

3 veckor efter presentation och implementering gjordes en mätning genom journalgranskning som visade att smärtan var skattad med NRS på 6 av 14 patienter vid ankomstsamtalet. NRS värdet var infört i journaltabellen på endast 3 av de 6 patienterna. På samtliga 14 patienter var smärtan beskriven i journalen utifrån frågorna var, när och hur. Efter sommaren gjordes en mätning som visade sämre resultat, men den senaste mätningen visade att 55% av patienterna hade smärtskattats vid ankomstsamtalet.

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Den senaste mätningen visar att vi är på väg att nå målet men har en bit kvar så fortsatt arbete pågår. Mätning i palliativregistret kommer att göras först första kvartalet 2016 så där är inga mätningar gjorda ännu. Vi har gjort bedömningen att det inte blir några stora förändringar där innan den nya rutinen för smärtskattning är inarbetad.

Hur har ni skapat kundinflytande?

Patienten har medverkat i allra högsta grad då det är de som har fått skatta sin smärta.

Hur påverkas patientsäkerheten av ert förbättringsarbete?

En ökad patientsäkerhet, då man säkerställer en korrekt smärtlindring genom att patienten själv får skatta sin smärta.

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

Kontinuerlig presentation och information av arbetet och uppföljningar på APT, sjuksköterskemöten samt via mail.

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

- *Fördelar:* Bättre på att se brister och identifiera förbättringsområden. Får en arbetsstruktur så det ”blir gjort”
- *Nackdelar:* Tidskrävande.
- *Mest givande:* Erhållit kunskap om förbättringsarbete och olika verktyg som finns att tillgå.
- *Svårast:* Motivera medarbetare då det finns så många andra ”måsten” och ingen i verksamheten som efterfrågar resultatet som finns i palliativregistret. Svårigheten att påverka andra att ändra arbetssätt.
- *Lärdomar:* Insikt i bristerna i palliativregistret (frågorna tolkas olika av de som fyller i). Finns inte någon plan för hur vår avdelning ska använda sig av registret och dess resultat, vilket minskar motivationen till arbete som förbättrar siffrorna.

Framtiden

Fortsatt arbete pågår med att implementera den nya rutinen. Avdelningens smärtgrupp kommer att göras mer involverade i förbättringsarbetet och ta över en del av arbetet.

Smärtskattning

Förbättringsprogram
Palliativ vård 2015
Teammedlemmar/deltagare
Linda Larsson- Fysioterapeut Elin Wulff- arbetsterapeut Marie Karterud – Sjuksköterska Jessica Larsson- Undersköterska
Arbetsplats
Örkelljunga Kommun Socialförvalningen
Bakgrund/problem
Personal missar att smärtskatta och dokumentera smärtskattningen enligt palliative registret.

Syfte med förbättringsarbetet
Vårt syfte är att ge god palliativ vård. Vi ska smärtskatta alla våra palliativa patienter och dokumentera smärtskattningen, för att alla ska få rätt smärtlindring. Vi ska hitta tydliga fungerande rutiner för att smärtskatta.

Mål
Att vi enligt register ska få ett fullt/grönt spindel nät.

Mätningar
Vi har mätt smärta, enligt smärtskattningsinstrument VAS och ABY pianscale

Förändringar som testats/PGSA
Vi har utformat en mall för att komma igång med smärtskattningen, mallen ska utvärderas under våren.
Innovationer som har kommit fram under ert förbättringsarbete (provat något helt nytt)?

Aktiviteter
Vi har haft gruppträffar i teamet. Information och samtal på APT ang smärta, smärtskattning och resultatet av smärtskattningen.

Resultat

Vi kan se en tendens i Svenska palliativregistret att det sker en förbättring, men anser att det är förtidigt att säkerställa resultat

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Fler använder skattningen, VAS och ABY painscale regelbundet före och efter smärtlindring, vilket förbättrar patientens smärtlindring.
Man kan se att det dokumenteras, enligt rutinen som arbetats fram.

Hur har ni skapat kundinflytande?

Genom samtal med patienter och närstående.

Hur påverkas patientsäkerheten av ert förbättringsarbete?

Mer tillsyn av SSK och utvärderingar av god effekt av medicin och annan smärtlindring.

Hur har ni skapat delaktighet på hemmaplan?

Genom tvärprofessionella samtal/diskussion på de olika enheterna i kommunen

Att arbeta med systematiskt förbättringsarbete

Fördelar: strukturerat arbete.

Nackdelar: Rädsla och motstånd för förändring.

Mest givande: Tydligheter och resultat.

Svårast: Svårt att nå ut i alla verksamheter. Svårt att få ihop teamet och att få tid att träffas.

Lärdomar: Att inte ha för många projekt. Att lära sig arbeta med PGSA

Framtiden

Absolut använda skattningsskalor vid smärta och oro. Vara noga med dokumentering före och efter. Tydlighet. Införa rutin på arbetsplatsen. Ha en ansvarig SSK för palliativt arbete som stödjer kolleger i skattningen, att ha material, att utbilda personal och få den utvärderad.