

Vård- och omsorgsboendet
Fristad

Bräcke
diakoni



*Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse*

2016

Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2016

Vård- och omsorgsboendet
Fristad

Innehåll

1	Sammanfattning.....	4
2	Inledning	5
3	Strategier och fokusområden	5
4	Organisation och ansvar	7
	4.1 Bräcke diakoni.....	7
	4.2 Vård- och omsorgsboendet Fristad.....	7
5	Systematiskt förbättringsarbete	8
6	Riskanalyser.....	9
	6.1 Riskanalyser på organisationsnivå	9
	6.2 Riskanalyser på individnivå	9
7	Egenkontroll.....	10
	7.1 Kvalitetsdialog.....	10
	7.2 Externa revisioner	10
	7.3 Omvärldsbevakning	10
8	Avvikelsehantering.....	11
	8.1 Avvikelser	11
	8.2 Klagomål och synpunkter.....	12
9	Medarbetarnas delaktighet	12
10	Samverkan.....	14
	10.1 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare	14
	10.2 Samverkan med patienter, brukare och närstående	14
	10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer	14
11	Resultat	15
	11.1 Systematiskt förbättringsarbete	15
	11.2 Kvalitetsdialog.....	15
	11.3 Avvikelser	16
	11.4 Kvalitetsregister	18
	11.4.1 Senior alert	18
	11.4.2 Svenska palliativregistret.....	19
	11.4.3 BPSD-registret	20
	11.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar.....	21
	11.6 Egenkontrollprogram	22
12	Mål och strategier för det kommande året	23
13	Bilaga 1 - Förbättringsprojekt Dokumentation	24
14	Bilaga 2 - Förbättringsprojekt BPSD	25

1 Sammanfattning

Under 2016 har det skett ett systematiskt förbättringsarbete kring den sociala dokumentationen där personalen har nått mätbara förbättrade resultat. Vi har också arbetat kontinuerligt med årliga läkemedelsgenomgångar samt ett fortsatt arbete med minska tiden för nattfastan. På Fristad säkerhetsställer vi vårdens kvalitet och personalens kompetens genom dagliga rapporteringar, kontinuerlig utbildning bl a i basala hygienrutiner där samtliga medarbetare dessutom genomför ett test 1ggr/år. Medicindelegeringar följs också upp årligen för samtliga medarbetare och avslutas med ett test.

Under våren 2016 pågick ett systematiskt förbättringsarbete med att sätta in individuella aktiviteter med syfte att minska BPSD symtomen, vilket lyckades och en annan effekt var också att boendemiljön upplevdes betydligt lugnare.

Kontinuitet i utförandet av basal omvårdnad, kontaktperson, följsamhet av genomförandeplaner samt teamarbetet utgör grunden för personcentrerad omvårdnad. Under 2016 har verksamheten infört en checklista för utförande av kontaktpersonens uppgifter.

Varje boende får minst 2 ggr/år samt vid behov en riskbedömning utifrån Norton, Downton, MNA och ROAG. Genom våra månatliga egenkontroller säkerhetsställer vi att detta genomförts. Efter varje riskbedömning vidtar sjuksköterska tillsammans med arbetsterapeut och undersköterska adekvata dokumenterade åtgärder för att minska riskerna. Utifrån detta underlag skapas hälsoplaner som kontinuerligt följs upp av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Alla medarbetare bidrar till en ökad patientsäkerhet genom att kontinuerligt rapportera i avvikelsemodulerna. Vid varje rapporterad avvikelse involveras omgående berörd personal. Varje månad följs också avvikelser upp i samband med verksamhetens kvalitetsråd. I detta forum deltar såväl sjuksköterskor, paramedicinare, omvårdnadspersonal samt verksamhetschef. Såväl närstående som boende involveras i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och därigenom bidrar också de till en ökad patientsäkerhet, framför allt genom våra samtal och möten där information ges kring status och behov av både planerade och vidtagna åtgärder.

2 Inledning

Bräcke diakonis vision, att skapa ett medmänskligare samhälle, bygger på att det varje dag skapas värden mellan människor som har behov av vård, stöd och omsorg och människor som ger vård, stöd och omsorg. Det är i detta möte som värden och omsorgen utvecklas eftersom det finns kunskaper om problem och hur de kan lösas. Ett framgångsrikt kvalitets- och brukarsäkerhetsarbete kräver en kultur där man vågar och får ifrågasätta befintliga arbetssätt, där man lär av fel och brister och där man utvecklar kompetens och kapacitet i systematiskt förbättringsarbete i organisationen.

Denna berättelse utgår från Socialstyrelsens föreskrift för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt Patientsäkerhetslagen, Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen samt SKLs mall för patientsäkerhetsberättelsen. Den beskriver vårt samlade kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som fokuserar på att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för de vi finns tillför.

Vård- och omsorgsboendet Fristad tar hand om människor med demenssjukdomar och har 22 platser i uppdrag av Stockholms stad, Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning. Fristad bedriver vård och omsorg inom följande lagrum: HSL och SoL.

I verksamheten finns tillgång till följande professioner och roller: arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast/fysioterapeut, undersköterska och vårdbiträde.

3 Strategier och fokusområden

Med utgångspunkt i förra årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse samt i organisationens övergripande styrkortsmål fokuserade vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2016 på följande områden:

- Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet sker utifrån ett processorienterat arbetssätt där vi arbetar med individen i centrum. Medarbetare och chef lär av varandra, tänker nytt och delar med sig av goda erfarenheter. På så sätt skapar vi en lärande organisation genom aktiv kunskapsutveckling. Vårt gemensamma arbete för en personcentrerad och kvalitetssäkrad vård och omsorg sker framför allt via sjuksköterska och ett välfungerande kontaktmannaskap som involverar både boende och närstående i olika frågor för att skapa delaktighet. I forum såsom kvalitetsråd där avvikelser hanteras och följs upp, APT och teammöten där alla yrkeskategorier deltar får all personal möjlighet att ta del av information, diskutera vara delaktiga i olika beslut.
- För att uppnå en hög patientsäkerhet arbetar vi kontinuerligt med riskbedömning av fall, undernäring, nedsatt munhälsa samt trycksår. Utöver dessa identifieras individuella risker utifrån individens specifika sjukdomar och omvårdnadsbehov, t.ex. risk för hypo-hyperglycemi, risk för lungödem etc. Det sker också en mycket god följsamhet och noggrannhet

gällande basala hygienrutiner och läkemedelsgenomgångar. En god och säker vård skall alltid ske från att personen flyttar in till hen avlider eller flyttar ut. Alla boenden som avlider på Fristad, registreras i Svenska palliativregistret.

- Bräcke diakonis arbetsätt med balanserade styrkort skapar övergripande mål. Dessa mål bryts ner till mindre aktiviteter i verksamheten. Exempelvis kan ett övergripande mål handla om att vi vill förnya och utveckla verksamheten. I verksamheten kan detta landa i att vi arbetar närmare närstående för att fånga upp deras synpunkter och förbättringsförslag genom ett aktivt anhörigråd.
- Samtliga boende registras och bedöms i den nationella kvalitetsregistret BPSD. Under våren 2016 pågick ett systematiskt förbättringsarbete med att sätta in individuella aktiviteter med syfte att minska BPSD symtomen, vilket lyckades och en annan effekt var också att boendemiljön upplevdes betydligt lugnare. Ett fortsatt arbete med registrering i Senior alert krävs innan alla boende är registrerade i detta system.
- Inkontinensutredningar enligt rutin. Ett fortsatt arbete kommer ske i form av uppföljning och utvärdering av ordinerade inkontinensåtgärder.
- God och säker läkemedelshantering, säkerställs genom årliga läkemedelsgångar, årliga delegeringsutbildningar samt årlig revision av Apoteket.
- Kontinuitet i utförandet av basal omvårdnad, kontaktmannaskap, följsamhet av genomförandeplaner samt teamarbetet utgör grunden för personcentrerad omvårdnad, service och gott bemötande. Under 2016 har verksamheten infört en checklista för utförande av kontaktmannaskapets uppgifter. Ett fortsatt arbete och uppföljning av detta kommer ske under 2017.
- Utifrån Bräcke diakonis metoddokumentet om kost och måltid pågår ett kontinuerligt förbättringsarbete för en trevlig måltidsmiljö där näringsrik mat samt individanpassad kost serveras utifrån individuella behov.
- Under året har vi satsat mycket på individuella och gemensamma aktiviteter, daglig samvaro och gemenskap för alla boende samt utevistelse. På Fristad kommer vi under 2017 att lägga ännu mer engagemang på det aktivitetsråd som finns sedan tidigare. Detta leds av arbetsterapeut som varje månad sammankallar aktivitetsansvariga för att planera och initiera aktiviteter för de boende. Fristad har aktivitetsansvariga representanter för båda avdelningarna vilket ökar förutsättningarna för att fånga upp samtliga boendes individuella behov men också för att tillsammans planera större gemensamma aktiviteter.
- God hygienisk standard säkerställs genom obligatorisk E-utbildning i basala hygienrutiner, självskattning. En ny form av punktprevalensmätning kommer att införas under 2017.

4 Organisation och ansvar

4.1 Bräcke diakoni

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som vård-/omsorgsgivare. Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL), Lagen för stöd och service (LSS). Alla verksamheter har verksamhetschefer som utses av ledningen. I de fall där man bedriver verksamhet enligt HSL utses verksamhetschefen av Direktör som företrädare för vårdgivaren. Verksamhetschefer ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög kvalitet och kostnadseffektivitet samt i gällande fall god patient- och brukarsäkerhet.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet samt att skapa förutsättningar för god patient- och brukarsäkerhet. I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård följer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt upp det dagliga arbetet. Legitimerad personal ansvarar här för att utföra riskbedömningar och genomföra nödvändiga insatser för respektive patient eller brukare. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas och dokumenteras.

Bräcke diakonis kvalitetsavdelning stödjer verksamheterna i sin egenkontroll, omvärldsbevakning, analys och uppföljning samt i hanteringen av avvikelser. Den främjar lärande och utveckling genom att bygga kompetens och kapacitet för det systematiska utvecklingsarbetet i hela organisationen. Kvalitetsavdelningen består av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), Socialt ansvarig samordnare (SAS), Kvalitetssamordnare inom området Hälsa & Vård, Utvecklingsjuksköterska, Utvecklingsledare och Verksamhetescontroller. MAS, MAR och SAS rapporter direkt till organisationens högsta ledning. Det finns en bred yrkeskompetens inom gruppen med bl.a. leg sjuksköterska, leg läkare, leg sjukgymnast, socionom samt forskningskompetens inom systematisk förbättringsarbete och ledarskap. Kvalitetsavdelningen leds av Kvalitetschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

4.2 Vård- och omsorgsboendet Fristad

Verksamhetschefen representerar vårdgivaren inom sitt verksamhetsområde och ansvarar för ledning av verksamhetens organisation så att den tillgodoser hög kvalitet i vård- och omsorgsarbetet. Verksamhetschefen ansvarar för att personal har den kompetens som krävs och ansvarar för att lagar, författningar, föreskrifter, riktlinjer samt instruktioner som omsorgsansvarig utarbetat, är väl kända för verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att vid behov komplettera gemensamma riktlinjer med lokala rutiner efter verksamhetens behov.

Verksamheten har ansvar för att leda, följa upp, analysera och utveckla verksamheten.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bidrar till hög säkerhet och rapporterar risker och händelser som kunnat leda till vårdskada. Legitimerad personal medverkar också i det systematiska

kvalitetsarbetet och är delaktig i utarbetandet av rutiner och metoder samt hantering av risker och avvikelser samt uppföljning av mål och resultat.

Omvårdnadspersonalen deltar i det systematiska kvalitetsarbetet genom att följa rutiner och instruktioner i det dagliga arbetet för att bidra till hög patientsäkerhet samt att aktivt bidra till kvalitetsutveckling på enheten. Alla medarbetare har skyldighet att rapportera risker som kan medföra vårdskada och avvikelser samt delta i uppföljning av mål och resultat.

5 Systematiskt förbättringsarbete

Bräcke diakoni bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9 med syftet att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Förbättringsarbetet består av att analysera och förebygga risker, analysera verksamhetens resultat över tid samt i förhållande till andra aktörers resultat samt analysera, synliggöra och lära av fel och brister i verksamheter. Även synpunkter från brukare och närstående är viktiga för att få syn på förbättringsbehov. Riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar strukturen för vårt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och är återkommande delar av ledningens arbete på olika nivåer.

Vi bedriver också ett eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt kvalitetsarbete som kallas Förbättringskraft samt deltar i branschorganisationen Famnas program Värdeforum. Utgångspunkten för detta arbete är att värdeskapandet sker i mötet mellan den som har behov och den som ger vård, omsorg eller stöd. På detta sätt tar vi vara på alla medarbetares engagemang och skapar stolthet och glädje över förbättringar för de vi finns till för. Förbättringskraft har utvecklats i nära samarbete med vår branschorganisation Famna, Region Jönköpings läns utvecklingsenhet Qulturum och det bygger på erfarenheter och forskning om hur de bästa vård- och omsorgsaktörerna har uppnått sina resultat.

I Förbättringskraft jobbar tvärprofessionella team med förbättringsarbeten som utgår från behoven hos dem verksamheterna finns till för: brukare, patienter, boende, elever eller gäster. Under programmet lär sig deltagarna att identifiera förbättringsbehov, sätta mål, ta fram mätningar och testa förbättringsidéerna i verksamheten. Varje förbättringsteam har en coach som har till uppgift att leda teamet genom förbättringsprocessen. Upplägget utgår från *Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum*¹.

Vi har också ett nära forskningssamarbete med The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare vid Jönköping University där vi undersöker hur ständiga förbättringar och innovationer utvecklas i idéburna non-profit verksamheter.

¹ <https://clinicalmicrosystem.org/knowledge-center/curriculum/>

För att ytterligare stärka tillämpningen av förbättringskompetensen är ett av de övergripande målen i Bräcke diakonis styrkort att varje verksamhet ska genomföra minst ett dokumenterat förbättringsarbete. Med detta menas en insats som följer en vedertagen förbättringsmodell med att identifiera problem, sätta mål, hitta mått och idéer för att uppnå målen samt att man testa åtgärden enligt PGSA (Planera, Göra, Studera, Agera). Vidare har vi under 2016 alla verksamheter jobbat med att identifiera sina viktigaste kvalitetsindikatorer för att förbättra egenkontrollen..

Under de senaste åren har nästan 400 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni deltagit inom Förbättringskraft och Värdeforum. Det finns ett 50-tal förbättringscoacher med erfarenhet att leda utvecklingsprojekt som leder till mätbara förbättringar.

6 Riskanalyser

6.1 Riskanalyser på organisationsnivå

Bräcke diakonis systematiska patientsäkerhets- och kvalitetsarbete bygger på att synliggöra eventuella brister i organisationen för att stimulera och främja lärande och för att undvika fel i framtiden. Detta innebär att vi aktivt jobbar för att uppmuntra alla medarbetare att bidra med att skapa transparens samtidigt som det förebyggande arbetet stärks genom riskanalyser på olika nivåer i organisationen.

Ledningsgruppen analyserar och åtgärder risker på strategisk nivå och på verksamhetsnivå arbetar verksamhetschefer med dessa. Riskanalyser genomförs i situationer såsom upprepade mindre allvarliga avvikelser, vid införande av ny teknik, nya metoder och arbetssätt eller vid organisationsförändringar. Medarbetare i vårdens och omsorgens vardag genomför individuella riskbedömningar tillsammans med patienter och brukare. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker hanteras och där kunskapen om dessa bidrar till att skapa säkrare vård och omsorg.

6.2 Riskanalyser på individnivå

På Fristad arbetar vi i team med riskförebyggande arbete för att tidigt upptäcka och förhindra vårdskador.

Alla boende är riskbedömda för

- Fall - förebyggande insatser sätts in såsom t e x rörelselarm, fallskyddsmatta. Bedömning sker två gånger/år eller vid förändrat behov.
- Undernäring - MNA, riskbedömningar görs minst två gånger/år eller vid förändrat behov. Måltiderna individanpassas, kost och vätskeregistrering vid behov.
- Trycksår - Norton riskbedömningar görs två gånger/år eller vid förändrat behov. Antidicubitus madrass får den boende vid behov.

- Munhälsa - ROAG bedömningar görs 1-2 ggr/år eller vid behov samt i samarbete med Flexident, Laromain.

Alla riskbedömningar, åtgärder, uppföljningar och utvärderingar dokumenteras i Vodok.

7 Egenkontroll

7.1 Kvalitetsdialog

Som en viktig del i Bräcke diakonis egenkontrollarbete genomförs årligen minst en kvalitetsdialog i varje verksamhet som leds av kvalitetsavdelningen. Dialogen utgår från ledningssystemföreskriften (SOSFS 2011:9) och går genom hur verksamheten arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat samt följer upp ledningssystemet och verksamhetens avvikelser. Kvalitetsdialogen hjälper oss att synliggöra och sprida goda exempel samt att identifiera verksamhetens utvecklingsbehov. I kvalitetsdialogen deltar t.ex. MAS, MAR eller SAS samt verksamhetschef och andra medarbetare från verksamheten.

7.2 Externa revisioner

Under 2016 har Fristad reviderats av Apoteket, Anticimex samt Verksamhetsuppföljning genom Spånga Tensta stadsdel.

Revisionerna gav följande resultat:

Avtalsuppföljning av LOU-avtalet inklusive verksamhetsuppföljning med stadsdelen resulterade i att Fristad var godkända i alla delar. Målet är att fortsätta upprätthållandet av en god dialog och fungerande samarbete med stadsdelen.

Granskning från Apoteket mynnade ut i ett konstaterade av att vi håller en hög kvalitet gällande hanteringen av läkemedel samt att det finns välfungerande rutiner. Då verksamheten drivs i mindre lokaler med relativt små förvaringsutrymmen krävs dock extra eftertanke och planering gällande struktur och ordning och reda. Inför nästa revision från Apoteket bör vi därför blivit bättre på att organisera i de mindre utrymmen som finns samt uppdatera Fristads lokala läkemedelsrutin.

Anticimex genomförde under december ett besök där man tittade framför allt på hur vi arbetar med egenkontroller samt hygienrutiner i köksutrymmen. Sammanfattningsvis kunde Anticimex konstatera att Fristad arbetar systematiskt och noggrant med detta.

7.3 Omvärldsbevakning

För att utveckla verksamheten använder Vård- och omsorgsboendet Fristad information och data från följande källor:

- Fristads specialistsjuksköterska har sedan februari uppdraget som adjungerad klinisk adjunkt (AKA) på 20% . Detta är ett samarbete mellan Bräcke diakoni och Ersta Sköndal Bräcke Högskola. Magisterutbildning samt det nära studentsamarbetet med högskolan möjliggör en förbättrad omvärldsbevakning eftersom högskolans forsknings- och utvecklingsarbeten blir mer lättillgängliga för Fristads personal.
- Vi prenumererar på 1177 Vårdguiden samt Bräcke diakonis egen tidning Forum.
- Nationell brukarundersökning inom äldreomsorgen, Senior alert, Svenska Palliativregistret, BPSD-registret, Svenska demensregistret (SveDem), Infektionsregistret
- Bräcke diakonis MAS och utvecklingsjuksköterska samlar alla sjuksköterskorna inom äldreomsorgen fyra gånger om året. På dessa möten förmedlas nyheter från de olika stadsdelarna, vårdhygien, apoteket med mera.
- Bräcke diakonis MAR samlar alla arbetsterapeuter och sjukgymnaster fyra gånger om året för information och dialog inom området.
- Driftområdeschef på Bräcke diakoni samlar alla chefer på ledningsgruppsmöten varje månad för information och dialog om övergripande frågor inom äldreomsorg.

8 Avvikelsehantering

8.1 Avvikelser

På Bräcke diakoni hanteras och analyseras alla identifierade fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi jobbar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser. Alla medarbetare introduceras och får fortlöpande information om rutiner för rapportering av avvikelser som finns inom Bräcke diakoni. För varje avvikelse eller synpunkt genomförs en systematisk analys av bakomliggande orsaker som leder till en åtgärdsplan och förbättringsförslag. Behov av systemändringar lyfts fram även när de avser en annan nivå eller huvudman.

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser diskuterar verksamhetschefen med kvalitetsavdelningen för lämplig hantering av ärendet. Vid allvarlig risk för personskada och vid allvarlig personskada gör kvalitetsavdelningen tillsammans med verksamhetschefen en internutredning som vid behov anmäls till IVO (Lex Maria, Lex Sarah) och/eller beställande myndighet. Varje enhet analyserar, åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom och på så vis kunna vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning.

I enlighet med avtalet med Stockholms stad spelar Bräcke diakonis MAS och MAR en central roll in hantering av avvikelserna. MAS och MAR utreder avvikelser tillsammans med verksamhetschefen och avslutar dessa i Vodok. Under våren 2016 införde vi ett digitalt avvikelssystem för SoL avvikelser (DF Respons) i alla verksamheter. Detta har medfört att vi nu har bättre stöd för att fånga avvikelser och effektivare processer för att utreda och följa upp dessa och skapa lärande.

Inkomna avvikelser behandlas i kvalitetsrådet som består av verksamhetschef, sjuksköterska, paramedicinare och undersköterskor. Verksamhetschef är sammankallande. Avvikelser bedöms och åtgärdas snarast och återkopplas till personal. På nästkommande arbetsplatsträff redovisas och diskuteras uppkomna avvikelser som en punkt på dagordningen. Sammanställning av avvikelser görs i slutet av året.

8.2 Klagomål och synpunkter

Externa klagomål och synpunkter från patienter, brukare eller närstående är en självklar del av vår avvikelshantering och en viktig källa för förbättringar. Synpunkter och klagomål kan framföras på följande sätt:

- Broschyren "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" som finns tillgänglig i samtliga verksamheter
- Den enskilde pratar direkt med personalen
- Den enskilde framför synpunkter via brev, mail eller sms.
- Via hemsidan med direktlänk till formuläret [Tyck till](#)

Information om möjligheterna att framföra synpunkter ges vid första mötet med den enskilde och dennes närstående. Verksamhetschefen ansvarar för fortsatta kontakter med den som framfört synpunkter och som inte är nöjd med svaret eller vidtagen åtgärd. Vid entrén, på anslagstavlan, finns också formuläret "Säg vad du tycker". På anhörigträffar finns en särskild punkt att diskutera uppkomna synpunkter. Anhöriga är alltid välkomna att ta kontakt med oss när behov uppstår. Vi har en mycket god och tät kontakt med närstående och därmed löpande kommunikation. Synpunkter tas alltid på allvar och återkopplas alltid.

9 Medarbetarnas delaktighet

Alla medarbetare bidrar aktivt med att hela tiden anpassa verksamheten till behoven hos dem vi finns till för. Bräcke diakoni har genom sin lednings- och kvalitetsorganisation skapat en ändamålsenlig och fungerande struktur för att tidigt fånga upp förbättringsbehov i verksamheten samt upptäcka, rapportera och åtgärda fel och brister.

Som en del i att utveckla en levande förbättrings- och säkerhetskultur erbjuder Bräcke diakoni omfattande kompetensutvecklingsinsatser:

- Introduktionsutbildningen för alla nya medarbetare förmedlar kunskap om Bräcke diakonis historia, värdegrund, ledningssystem, lagstiftning samt avvikelshantering mm.
- Omfattande utbildningsinsatser inom områden demens, palliativ vård, mjuk massage samt social dokumentation
- Introduktionsutbildning för nya chefer som särskilt tar upp frågor kring ledningssystem, lagstiftning, balanserade styrkort och informationssäkerhet.
- Förbättringskraft är Bräcke diakonis egna kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar under ett halvår sina färdigheter i att analysera förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat. Under 2016 har ett 20-tal förbättringsprojekt genomförts både inom Förbättringskraft och som utvecklingsprojekt i verksamheten.
- Under 2016 har Bräcke diakoni särskilt satsat på en utbildning om medarbetarskap. I tvärprofessionella grupper har alla medarbetare jobbat med frågor kring bemötande, medarbetarskap och ledarskap på olika nivåer i organisationen och skapat ett forum för delaktighet och ansvarstagande för organisationens utveckling. Arbetet resulterade i en gemensam medarbetarskapsidé där man fokuserar på vikten av mötet med dem vi finns till för och organisationens stöd i detta.
- Bräcke diakoni deltar 2016-2018 i Famnas kompetensforum i E-hälsa som är ett ESF finansierat kompetensutvecklingsprojekt med finansiering av Europeiska Socialfonden. På Bräcke diakoni kommer 200 medarbetare genomgå omfattande utbildningsinsatser i bl.a. datoranvändning, dokumentation, informationssäkerhet, presentationsteknik och förbättringskunskap.

Utöver dessa allmänna insatser har medarbetare på Fristad deltagit i följande satsningar:

- Medarbetarna har fått utbildning enligt planering såsom mjukmassage, palliativ vård, BPSD och kostombudsutbildning.
- Årlig genomgång med samtliga medarbetare av basala hygienrutiner, Lex Sarah, Lex Maria samt tystnadsplikt och klagomåls och synpunktshantering.
- Årlig utbildning i livsmedelshygien genom Anticimex och förflyttningsteknik med sjukgymnast.
- Årlig genomgång med brandskyddsansvarig samt kontinuerlig uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet (under 2017 kommer en grundlig brandutbildning genomföras med BOL).

- Under våren har ett team på fem personer har genomfört ett projektarbete om individuella aktiviteter för att motverka BPSD-symtom genom förbättringskraft. I detta förbättringsarbete har också förbättringscoachen (ansvarig sjuksköterska) utbildat personalen i förbättringskunskap.
- Under hösten har ett team på fem personer har genomfört ett projektarbete om förbättrad social dokumentation genom förbättringskraft. Detta innebär att all omvårdnadspersonal varje dag har schemalagd tid för att både dokumentera och läsa i den boendes journal.

10 Samverkan

10.1 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare

Vården och omsorgen är ett komplext system med olika aktörer t.ex. i en huvudmannaroll som myndighet eller vårdgivare eller som profession i mötet med patienter, brukare och deras närstående. Många brister i vården och omsorgen beror på övergångarna mellan olika aktörer, professioner eller enskilda personer som leder till glapp där det krävs att alla aktörer tar sitt ansvar utöver sina egna verksamhetsgränser. För Bräcke diakoni är en sammanhållen vård och omsorg en viktig målsättning och vi tar vår roll som idéburen aktör i detta system med största allvar.

Bräcke diakoni deltar t.ex. i vårdplaneringen för äldre personer i övergången mellan primärvården och äldreomsorgen, eller för barn med funktionshinder som rör sig mellan boenden, skola och det egna hemmet. Andra samverkanspartner kan vara Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, assistansbolag, hemhabiliteringar, regionhabilitering, brukarstödcenter, apoteken m.fl. Dessutom förekommer övergripande samverkan med brukar- och patientorganisationer.

Vårt arbete utgår från en personcentrerad vård och omsorg där vi strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov.

10.2 Samverkan med patienter, brukare och närstående

Fristad organiserar samverkan med brukare och närstående genom ett anhörigråd planeras att starta under våren 2017. Den stora omsättningen på boende har försvårat uppstart och kontinuitet inom detta tidigare och följande insatser:

- Fristad anordnar anhörigmöten minst två gånger årligen
- Kontaktpersonens uppdrag att enligt överenskommelse med anhöriga ha enskilt samtal med närstående minst en gång/månad.

10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer

Bräcke diakoni har som nationell idéburen aktör en bred samverkan med många olika organisationer. Vi är bl.a. genom Famna (Riksorganisation för idéburen vård och social omsorg) involverad i flera nationella utvecklingsprocesser som t.ex. Öppna Jämförelser, Nationell eHälsa, utredningen om en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen och ett flertal andra offentliga utredningar.

Internationellt finns Bräcke diakoni representerad i den europeiska paraplyorganisationen Eurodiaconia och i ett nordiskt nätverk kring palliativ vård. Kvalitetschefen har bl.a. tidigare varit medlem i programrådet för Nationella patientsäkerhetskonferensen och har under 2016 ansvarat för en session på International Forum on Quality and Safety in Healthcare som arrangeras av Institute for Healthcare Improvement (IHI) och British Medical Journal (BMJ).

Bräcke diakonis delägarskap i Ersta Sköndal Högskola skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap med konkreta forskningssamarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter.

Nytt för 2016 är att ett närmare samarbete har inletts med Ersta Sköndals Bräcke Högskola gällande sjuksköterskestudenter. En av Fristads sjuksköterskor har uppdraget som Adjungerad klinisk adjunkt (AKA) på 20%, vars primära syfte är att stärka och stimulera kvaliteten under verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenterna inom äldreomsorgen i Bräcke diakonis verksamheter i Stockholm. AKA har ett nära samarbete med Ersta Sköndal Bräcke Högskola samt med övriga sjuksköterskehandledare i Bräcke diakonis äldreomsorgsverksamheter i Stockholm.

Samverkan sker också med Spånga församling med aktuella sammankomster för de boende på Fristad.

11 Resultat

I följande avsnitt presenteras resultaten av Fristads systematiska kvalitets- och patient-/brukarsäkerhetsarbete.

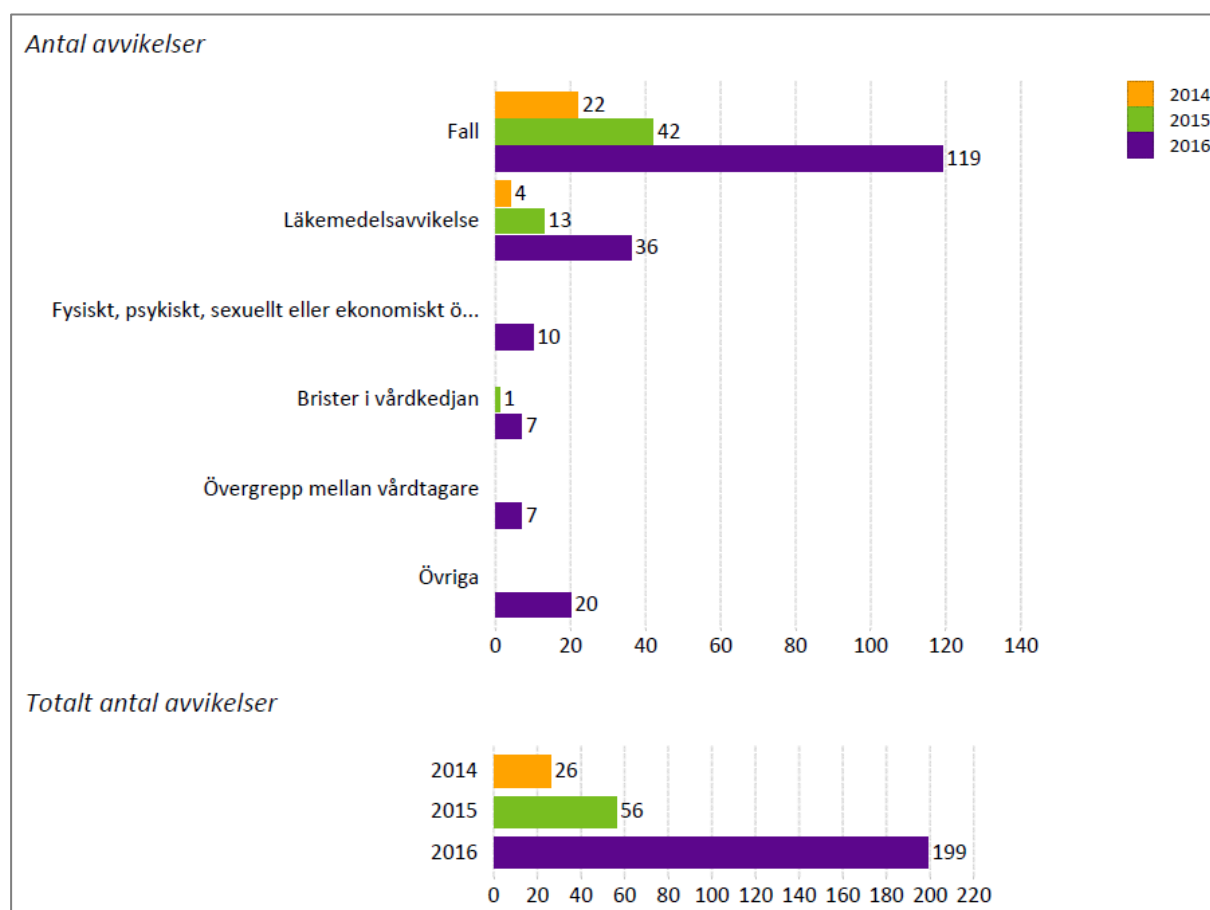
11.1 Systematiskt förbättringsarbete

Under våren 2016 har ett förbättringsteam arbetat med att utföra individuella aktiviteter utifrån den bemötandeplan som tagits fram i BPSD-registret. Förbättringsarbetet bedrevs som ett förbättringsprojekt inom Förbättringskraft. På Fristad har vi kommit långt i arbetet med BPSD. Samtliga boende är registrerade och varje vecka sker individuella uppföljningar av dessa. Hösten 2016 genomförs ytterligare ett förbättringsarbete i E-hälsa via Förbättringskraft, med fokus på att förbättra den sociala dokumentationen. Genom detta förbättringsarbete har all personal på Fristad varit delaktiga genom att ta ansvar för att det dagligen planeras och avsätts tid för social dokumentation.

11.2 Kvalitetsdialog

Fristad är en mycket välfungerande vård och omsorgsboende med bra kontakt och personcentrerat förhållningssätt med både boenden och närstående. Egenkontrollsuppföljningarna fungerar väl. Även teamarbetet med BPSD och palliativregistret har utvecklats under året. Fristad har de bästa resultaten i staden med 100 % nöjda boende/närstående utifrån nationella brukarundersökningen. Det som behöver utvecklas är arbetet med basala hygienrutiner, den dagliga planeringen för varje medarbetare samt utveckla den personcentrerade vården och synliggöra den i genomförandeplaner. Två usk har gått utbildning som anhörigstödare och denna kunskap behöver också spridas inom verksamheten.

11.3 Avvikelser



Figur 1. Antal avvikelser per avvikelsestyp och år 2014-2016.

Kommentarer

Under 2016 har vi arbetat med att förbättra avvikelserapporteringen. Upprepade möten har ägt rum med omvårdnadspersonalen där vi gått igenom syftet med att rapportera avvikelser. Ämnet har också lyfts i samband med APT, teammöten och de dagliga rapporterna. Detta arbete samt införandet av ett digitalt avvikelssystem även för SoL-avvikelser har medfört att rapporteringen av

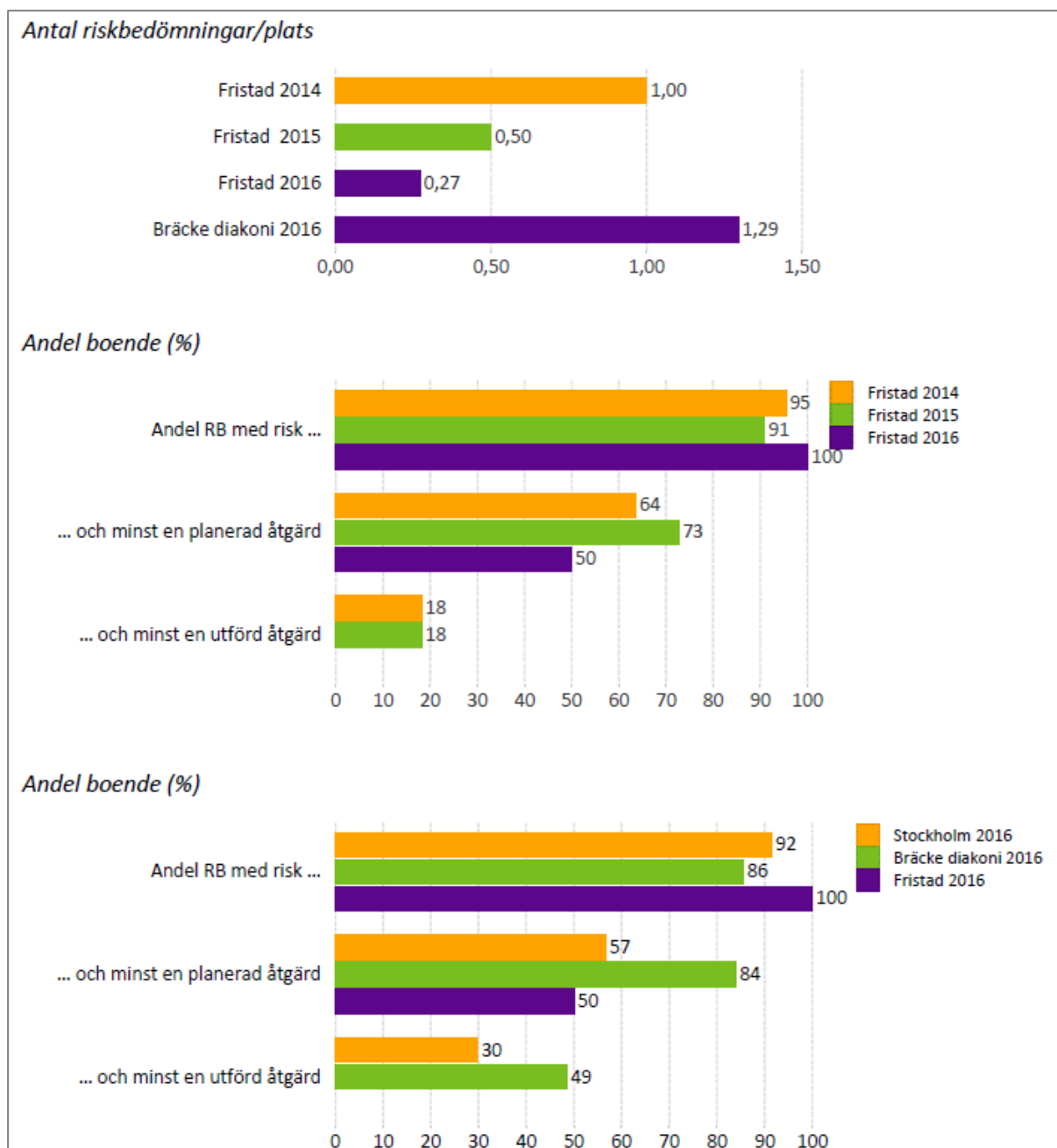
avvikelser har förbättrats och medfört ett ökat antal avvikelser under 2016. En annan orsak är också att en öka medvetenhet om vad en avvikelse eller risk är och en förståelse om varför risker och avvikelser alltid ska rapporteras.

Införandet av avvikelssystemet DF respons har medfört att verksamhetschefen kan ta del av alla avvikelser på ett smidigare sätt och på så vis ökar förutsättningarna för en mer kvalitetssäkrad uppföljning. Det ökar också verksamhetens möjligheter till att mer systematiskt arbeta med förbättringar samt vidta välfungerande åtgärder i ett förebyggande arbete. I våra månatliga kvalitetsråd diskuteras samtliga inkomna avvikelser som skett. Att antalet rapporterade fallavvikelser ökar beror med stor sannolikhet på att allt fler blivit bättre på att just rapportera. Ofta handlar det också om samma individer som faller men att detta sker mer frekvent vid försämring av deras tillstånd. I samband med verksamhetens månatliga kvalitetsråd där såväl legitimerad personal, omvårdnadspersonal samt verksamhetschef deltar, kan vi bl.a. dra slutsatser om att boendes tillstånd redan vid inflyttning är sämre och då oftast mer ostadiga. En tänkbar förklaring till andelen ökade fall kan alltså bero på boendes försämrade tillstånd från inskrivningsdatum.

När det gäller läkemedelsavvikelser bedömer vi också att all personal blivit bättre på att rapportera och därför har dessa ökat. Rapporteringen kan bli ännu bättre och därför förväntas oss att andelen rapporterade avvikelser att öka ännu mer under 2017 samtidigt som ett systematiskt förbättringsarbete av avvikelsehantering pågår kontinuerligt. Alla rapporteringar sker via programmet DF respons. Samtliga HSL avvikelser rapporteras också över till VODOK.

11.4 Kvalitetsregister

11.4.1 Senior alert



Figur 2. Resultat från det förebyggande arbetet för att förhindra fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen för 2014, 2015 och 2016 samt jämförelser med Bräcke diakonis övriga verksamheter och hela Stockholms stad.

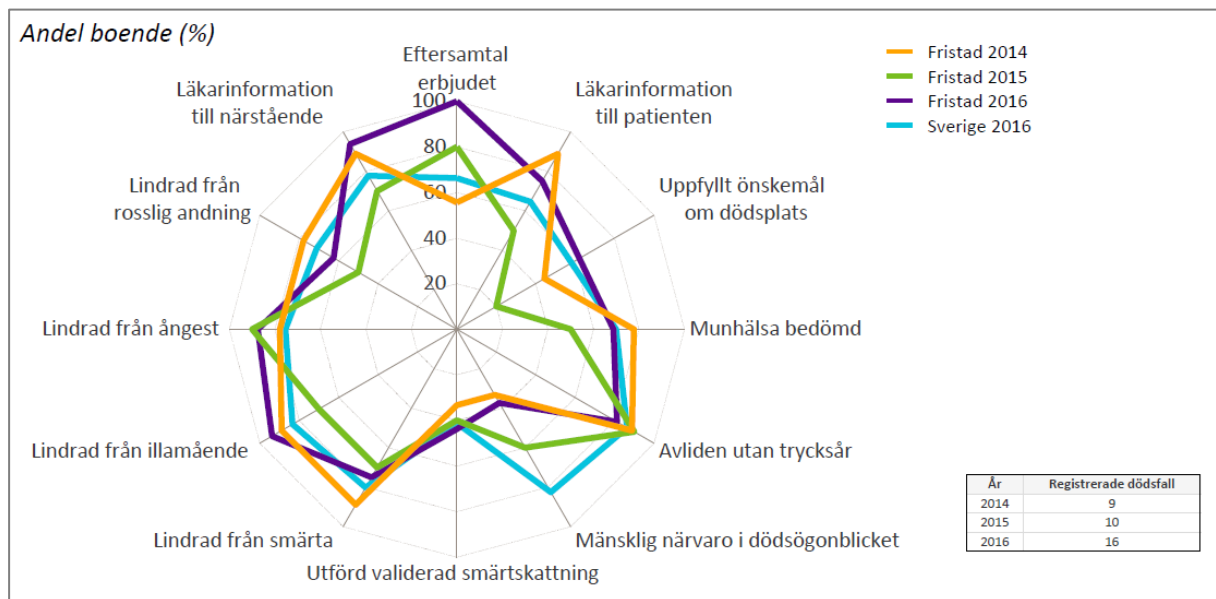
Andel riskbedömningar (RB) med risk avser andelen av de genomförda riskbedömningarna som visar risker.

Andelar planerade och utförda åtgärder anges i förhållande till de som hade risk. Uppgifter avser riskbedömningar för alla riskområden tillsammans. Datakälla: Senior alert.

Kommentarer

Både under 2015 och 2016 har det skett en minskning med 50% av antalet registrerade personer i Senior alert. Minskningen kan i nuläget förklaras med att Fristad istället valt att genomföra samtliga riskbedömningar med planerade och utförda åtgärder i VODOK. I samband med dessa riskbedömningar har hela teamet involverats. Det proaktiva arbetet med fallprevention, nutrition, trycksår, munhälsa och kontinensvård fungerar. Arbetet med munhälsan har förbättrats sedan 2015, detta pga av utbildning samt en ökad medvetenhet hos personal. Vårt mål inför 2017 blir återinföra att boende ska riskbedömas även i Senior alert. Vi vill även införa ett mera synkroniserat och utvecklat teamarbete kring Senior Alert precis som vi har arbetat med BPSD registreringen under året.

11.4.2 Svenska palliativregistret



Figur 3. Resultat från Palliativregistret för 2014-2016 samt jämförelser med medelvärdet för hela Sverige.

Kommentarer

Alla dödsfall under 2016 på Fristad är registrerade i palliativregistret. Fristad behåller ett fortsatt bra resultat under 2016. De har skett en förbättring när det gäller lindring av smärta, lindring av rosslig andning och illamående jämfört med 2015. Vi har också utvecklats angående läkarinformation/brytpunktsamtal till anhöriga samt erbjudande om eftersamtal. Inför 2017 blir det däremot viktigt att se över hur vi kan förbättra våra rutiner för mänsklig närvaro vid dödsögonblicket, framför allt vid kännedom om det funnits en önskan om detta.

Vid våra kvalitetsråd diskuterar vi regelbundet frågan gällande mänsklig närvaro vid dödsögonblicket och varför denna siffra tenderar vara låg. Praxis hos oss är att få anhöriga att känna sig välkomna till

delaktighet i detta skede. Då anhöriga av någon anledning inte har möjlighet att närvara sätter vi antingen in vak (dvs en personal som är med hela tiden) eller gör extra täta tillsyner. Ibland är det svårt att bedöma. Oavsett, med eller utan vak eller anhöriga, sätts det alltid in täta tillsyner. Innan detta sker har ansvarig läkare haft såväl brytpunktsamtal med närstående samt dialog med omvårdnadsansvariga sjuksköterskor om hur sista tiden kan göras på bästa möjliga sätt för den boende.

I slutet av året har sjuksköterskorna även arbetat med att införa systematisk smärtskattning. Den sk SöS-stickan som är ett validerats smärtskattningssinstrument har man påbörjat att införa genom en utbildningsinsatser till omvårdnadspersonalen.

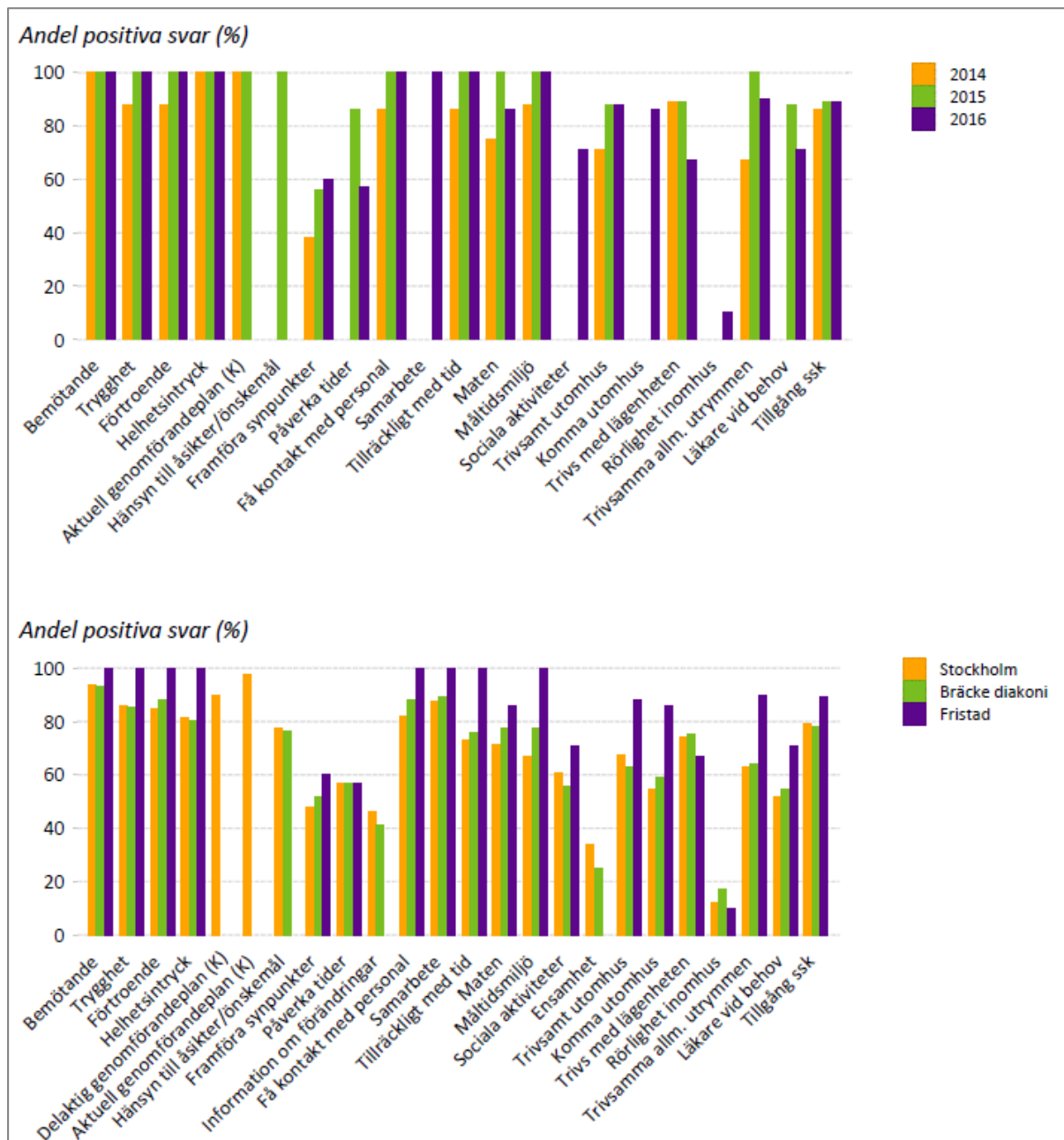
Den främsta förändringen från förra året är att hela teamet runt den boende är delaktiga vid registreringen i palliativregistret. I de flesta fall närvarar förutom sjuksköterska även paramedicinare samt omvårdnadspersonal. I den mån det är möjligt deltar även verksamhetschefen.

11.4.3 BPSD-registret

Närmare 100% av de boende är registrerade i BPSD registret. På Fristad arbetar vi aktivt med detta. en gång i veckan avsätts omkring en timme för att registrera/följa upp 1-2 boende. All personal kan vara delaktiga samt ta del av BPSD skattningarna samt åtgärderna som beslutas. Varje genomförd skattning skrivs ut och sätts sedan in i den boendes pärm.

Fristads förbättringsprojekt gällande BPSD under 2016 tydliggörs ännu bättre i bilaga 2.

11.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar



Figur 4. Resultat från Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2016 samt jämförelser med Bräcke diakonis övriga verksamheter (Bräcke diakoni), hela Stockholms stad och förändringen mot föregående år. Datakälla: Socialstyrelsens nationella brukarundersökning och kommun- och enhetsundersökningen (K) inom äldreomsorgen.

Kommentarer:

Ännu en gång ligger Fristad i topp vad gäller kundnöjdhet. 100% känner sig helt nöjda med boendet som helhet, vi behåller även i år våra 100% när det gäller känsla av förtroende, trygghet, samarbete mat-måltidssituation samt sociala aktiviteter. Detta är vi naturligtvis mycket stolta över. Utmaningen för 2017 blir att behålla dessa fina resultat.

I resultatet framgår det dock tydligt att ett av våra förbättringsområden är vart man som boende och/eller närstående vänder sig med synpunkter och klagomål. I samband med inflyttning ges alltid såväl muntlig som skriftlig information om detta. Två gånger/år genomförs anhörigträffar där punkten kommer att lyftas. På Fristad hoppas vi också att få igång ett anhörigråd under 2017. Genom ett sådant forum ökar också möjligheten till såväl information samt ökade förutsättningar att fånga upp synpunkter från närstående. Boende och/eller närståendes åsikter och önskemål utgör en mycket viktig del inom vårt systematiska förbättringsarbete. I synnerhet gällande den personcentrerade vård och omsorg Fristad har som mål att hela tiden utveckla.

Särskilda kommentarer kring indikatorer med bäring på patientsäkerhetsarbetet:

På Fristad ser vi en utveckling vad gäller boende och närståendes möjlighet och till nära kontakt med läkare och sjuksköterska. Det är inte bara viktigt för trivseln och förtroendet, det är också behäftat med en ökad patientsäkerhet genom delaktighet och informationsflöde. En potentiell förbättring råder men vi kan se möjligheter genom nystart av anhörigråd under 2017 där vi kan fånga upp exempelvis synpunkter eller förbättringsförslag i även dessa frågor.

11.6 Egenkontrollprogram

De egenkontroller som utförts varje månad under 2016 gällde antal inkontinensutredningar enligt Nikola (0-60%), antal läkemedelsgenomgångar (samtliga) samt kontroll över antal ordinerade begränsningsåtgärder. Angående sistnämnda har de flesta fått någon form av begränsningsåtgärd ordinerad, dock har ingen boende ordinerats brickbord. Endast en boende har ordinerats grenbälte.

Rörelselarm används i samråd med anhöriga men också den boende själv då detta är möjligt. I de situationer risk för fall föreligger rekommenderas alltid en ordination om rörelselarm. Vår vision är att jobba mot noll begränsningsåtgärder men vi har inte nått det målet ännu.

Infektionsregistrering utförs månadsvis, 28 infektioner totalt under året. Urinvägsinfektion hos boende utan kateter har varit den vanligaste indikationen för antibiotikabehandling (10st). Dessa infektioner har varit jämt spridda över året. Ett fåtal sårinfektioner har förekommit och några fall av erysipelas. 9 fall av luftvägsinfektioner, vanligen förekommande under månaderna februari och mars.

Årlig influensavaccinering har utförts hos boende som tackat ja till detta.

Målet på Fristad är att så få boende som möjligt skickas till sjukhus. Flertalet tillstånd behandlas på plats. Under året har 11 boende skickats akut till sjukhus varav 6st blivit inlagda. Övervägande har sjukhusvistelser handlat om misstänkta frakturer.

På Fristad följer verksamhetschef månadsvis upp ett antal gjorda och/eller planerade egenkontroller. Fokus under 2016 har framför allt landat i kontroller som rör den sociala dokumentationen. Vi ser en stor förbättring både vad gäller den löpande sociala dokumentationen samt boende och närståendes delaktighet i upprättade av genomförandeplan. Under 2017 kommer vi arbeta vidare med detta då det fortfarande behöver utvecklas. Fokus riktas främst till delaktighet från boende och närstående, förbättringsarbete kring mat och måltidssituationer, aktivitet och utevistelse. Vi hoppas på högre grad av delaktighet genom nystart av anhörigråd under 2017.

12 Mål och strategier för det kommande året

Fristad har historiskt sätt ett tilltalade rykte, vi bedriver en god och säker vård. Detta är vi självklart mycket stolta över. Inför 2017 blir den största utmaningen att behålla den genuint fina vården och omsorgen, men vi kommer också se hur vi behöver förbättra en del områden.

- Under 2016 har andelen boende som flyttat in på Fristad varit mer långt gångna i sin sjukdom. Detta har stundtals försvårat möjligheten att fånga upp värdefulla synpunkter och behov hos boende och närstående. Vi hoppas i o m uppstart av anhörigråd att detta ska bli bättre eftersom vi ser vikten av att samtliga involverade hos varje boende utgör en betydelsefull roll, var och en med sin kunskap och information.
- Utveckla teamarbetet ur HSL-perspektivet utifrån riskanalyser och kvalitetsregister. Under 2017 kommer vi behöva lägga mera arbete på registreringar i Senior alert. Vårt mål blir att öka andelen registreringar till 100%.
- Vi fortsätter arbetet med BPSD registreringar. Utmaningen blir att få hela arbetsteamet ännu mer involverat.
- Den sociala dokumentationen har utvecklats starkt under 2016, den kan dock bli ännu bättre utifrån den nationella värdegrunden.
- Vi kommer fortsätta utvecklingsarbetet när det gäller individuellt anpassade aktiviteter, gemenskap och daglig utevistelse.
- Delaktighet kommer att genomsyra alla våra fokusområden under 2017, utifrån brukare- och närståendeperspektiv samt medarbetare oavsett titel eller funktion.

13 Bilaga 1 - Förbättringsprojekt Dokumentation

Fristads vård- och omsorgsboende

Bräcke diakoni

Dokumentera mera!

Tillräcklig – Väsentlig – Korrekt

Hayet Dridi, Sinem Yucemen, Aziza Akhmedjanova, Alicia Abarca
Coach: Natalia Maximenko, natalia.maximenko@brackediakoni.se

Sammanfattning

Kraven på social dokumentation ökar ständigt. Dokumentation förväntas ingå i personalens dagliga arbetsrutiner som präglas av högt tempo, upplevelsen av att tiden inte räcker till och personal som blir mer stressad och känner sig otillräckliga. Vi såg att ett nytt förhållningssätt till dokumentation och ett nytt systematiskt arbetssätt behövs.

Beskrivning av verksamheten

Boendet ligger i Bromsten utanför Stockholm och riktar sig till personer äldre än 65 år med demenssjukdom. Verksamheten har 22 lägenheter fördelade på två enheter, Vindskupan och Takåsen. För att kunna dokumentera har varje enhet tillgång till ett litet rum med en dator i. I verksamheten arbetar undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast och läkare i team för att göra våra brukares vardag så meningsfull som möjligt.

Förbättringsområde

Vi valde att arbeta med dokumentation för att öka patientsäkerheten för våra boende. Huvudmålet var att förbättra kommunikationen mellan personalen och att minska stress för omsorgspersonalen genom att införa nya rutiner för dokumentation.

Mål

Målet med detta förbättringsarbete har varit att all omsorgspersonal som jobbar dagtid ska hinna dokumentera i socialjournalen Parasol under sitt arbetspass.

Idé att testa

En ny rutin för dokumentation infördes:

- Schemalagning av dokumentation för dagpersonal (se bild ovan).
- Datorerna används enbart för dokumentation mellan kl.13-14.
- Telefon till IT-support finns tillgänglig nära datorerna

Samtal och reflektion med personalen om dokumentationens roll i vårt arbete.

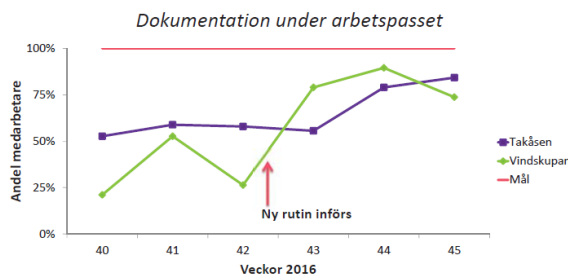


Mått

Under 6 veckor har vi registrerat om personalen har hunnit eller inte hunnit dokumentera under sitt arbetspass.

Planera och genomföra testet

Mätningarna påbörjades vecka 40 i oktober 2016 för att kartlägga nuläget. Endast dagpersonal var inkluderat i projektet och registrerade på en blankett om de hann dokumentera eller inte. Förbättringsåtgärden infördes vecka 43 och innebär att tiden för dokumentation blev schemalagd, dagpersonalen fortsatte att svara på frågan om de hann eller inte hann med dokumentation under sitt arbetspass.



Studera resultat

Innan förändringen infördes hann 25-50% av medarbetarna dokumentera under sitt arbetspass. Vi ser en tydlig förbättring från v 43 då det nya arbetssättet infördes, se diagrammet ovan. Idag dokumenterar ungefär tre fjärdedelar av alla medarbetare under arbetspasset.


Personalen uttrycker även muntligt att de är nöjda med förändringen och känner sig nu inte stressade av dokumentationen. När det inte finns något att dokumentera kan personalen ägna den avsatta dokumentationstiden till att kolla sitt arbetsmail, läsa på rutiner mm.

Agera och dra slutsatser

- Rutinen med att schemalägga tid för dokumentation har blivit permanent.
- För att nå de 25% som ännu inte upplever att de hinner dokumentera behöver arbetssättet fortsätta spridas i verksamheten.
- Vi behöver fortsätta förbättringsarbetet för att hitta en rutin som involverar även kvällspersonal.

14 Bilaga 2 - Förbättringsprojekt BPSD

Fristads vård- och omsorgsboende



Aktivera mera!

Minskade BPSD-symtom med individuella aktiviteter.

Natalia Maximenko, Eva Liljeberg, Yasmin Hassan Haji och Seynab Yusuf Hassan
Coach: Cajsa-Lena Vennström, cajsa-lena.vennstrom@brackediakoni.se

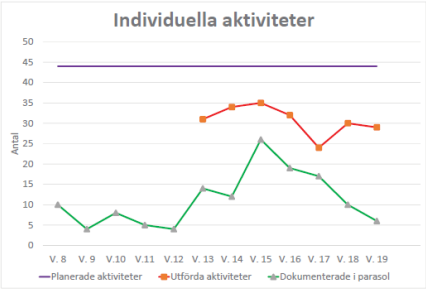
Sammanfattning
BPSD-symtom (beteendemässiga, psykiska symtom vid demenssjukdom) är vanligt förekommande hos personer med demenssjukdom och ger upphov till lidande. Införandet av en ny blankett med särskilt individanpassade aktiviteter gav färre BPSD-symtom hos brukarna, lugnare boendemiljö, stöd till personal att utföra individuella planerade åtgärder och ett ökat teamarbete.

Fristad vård- och omsorgsboende
Boendet ligger i Bromsten utanför Stockholm och riktar sig till personer äldre än 65 år med demenssjukdom. Enheten har 22 lägenheter fördelade på två avdelningar. Varje avdelning har gemensamt kök, matsal, tvättstuga och balkong. Här arbetar undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast i team för att göra våra brukares vardag så meningsfull som möjligt.

Förbättringsområde
I enlighet med de nationella riktlinjerna för demensvård i Sverige är personcentrerad vård en högt prioriterad åtgärd. Personcentrerad vård kan öka livskvaliteten och skapa trygghet för personer med demenssjukdom. Ett hjälpmedel i att bedriva personcentrerad vård är att arbeta i team med registrering i BPSD-registret där individuella åtgärd- och bemötandeplaner arbetas fram.

Mål och Mått
Huvudmålet var att öka livskvaliteten för brukaren genom personcentrerad vård där individuell bemötandeplan används och individuella aktiviteter utförs. Upprepade mätningar i BPSD-registret ger indikation om de individuella aktiviteterna ger effekt. Fokus låg på att planera in individuellt utformade aktiviteter samt att mäta antalet genomförda individuella aktiviteter och dokumenteringen av dessa.

Individuella aktiviteter



Vecka	Planerade aktiviteter	Utförda aktiviteter	Dokumenterade i parasol
V. 8	45	10	10
V. 9	45	5	5
V. 10	45	10	10
V. 11	45	5	5
V. 12	45	10	10
V. 13	45	30	15
V. 14	45	35	25
V. 15	45	35	25
V. 16	45	30	15
V. 17	45	25	10
V. 18	45	30	10
V. 19	45	30	5

Studera resultat
Vi har ökat antalet utförda aktiviteter och börjat dokumentera dessa i större utsträckning. Brukarnas NPI-poäng har över lag minskat och personal upplever att brukarna är mer lugna och tillfreds i anslutning till att aktiviteten utförts. Kombinationen av individuella aktiviteter, läkemedelsövervakning och smärtanalys har bidragit till att brukare 2 och 4 fått minskad NPI-poäng. Alla planerade aktiviteter har inte utförts vilket kan ha flera orsaker, bland annat att brukaren tackar nej, sjukhusbesök och tidsbrist. Personal upplever ett ökat teamarbete och lugnare miljö.

Vinster med att arbeta med BPSD-registret

För brukaren

- Minskad oro och ångest
- Förbättrad nattsömn
- Färre fallolyckor
- Minskad smärta
- Förbättrat näringsintag
- Harmonisk boendemiljö
- Bättre livskvalité
- Ökad trivsel

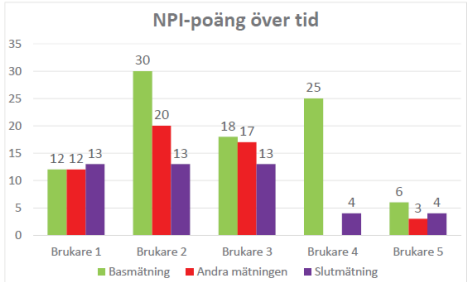
För personal

- Personal lär känna brukarna bättre
- Minskar stress
- Ökat teamarbete
- Alla arbetar lika

Idé att testa
Utarbeta och använda en blankett som ger stöd till personal att utföra planerade individuella aktiviteter. Exempelvis promenad, rullstolsdans, motionscykling, reminiscenssamtal, massage, och korsord.

Planering och genomförande
Innan projektet startade hade 4 av projektgruppens deltagare genomgått en 2 dagarsutbildning om BPSD-registret. Därefter genomgick all personal en webb-utbildning om BPSD. Vid utbildningen var alltid en person från projektgruppen med för att förklara och diskutera frågor. Tre brukare på varje avdelning valdes ut att ingå i mätningarna i projektet. En brukare avled två veckor in i projektet och togs bort från mätningarna. Grundskattning i BPSD-registret gjordes vilket gav första NPI-poängen. Alla brukare utom en skattades därefter två gånger vardera. Basmätning genom journalgranskning i det sociala dokumentationssystemet "Parasol" genomfördes under vecka 8 – 12. för att undersöka utgångsläget. En blankett utarbetades och reviderades 2 gånger efter synpunkter från övrig personal. Den nya blanketten började användas vecka 13 och kontinuerlig mätning skedde fram till vecka 19.

NPI-poäng över tid



Brukare	Basismätning	Andra mätningen	Slutmätning
Brukare 1	12	12	13
Brukare 2	30	20	13
Brukare 3	18	17	13
Brukare 4	25	4	4
Brukare 5	6	3	4

Agera och dra slutsatser

- Nästa steg i processen är att succesivt få med alla brukare på aktivitetsblanketten.
- Fortsatt arbete med dokumentationen så att antal utförda aktiviteter på blanketten stämmer överens med de dokumenterade.
- Arbeta vidare med att aktiviteterna även ska stå i brukarens genomförandeplan.

Ett förbättringsprojekt inom Förbättringskraft, Bräcke diakoni, våren 2016