

Årsbok 2020

Masterstudenternas årsbok 2020
Kvalitetsförbättring och Ledarskap
inom Hälsa och Välfärd



Årsbok 2020

Masterprogrammet i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd

Att leda och bidra till morgondagens hälsa och välfärd förutsätter engagemang, kunskap och kompetens. Alla förbättringar innebär förändring men alla förändringar är inte förbättringar. I denna årsbok finns studenternas förbättringsarbeten sammanställda. Uppdraget var att planera och driva ett förbättringsarbete där värdet skapas nära patienten/brukaren/klienten. Nyttan för "dem vi är till" för ska vara tydligt. Hälsa, vård och omsorg är starkt sammanflätade med samhällsutvecklingen. Resurstillgång, befolkningsstruktur, reformer och (nya) styrformer tillsammans med en snabb medicinsk och teknisk utveckling, ställer nya krav på ledning och ledare; nya behov och utmaningar kräver ändrade angreppssätt.

En övergripande målsättning med Jönköping Academys masterutbildning i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd är att stärka deltagarnas förmåga att genomföra förändringar som verkligen leder till förbättringar. Masterprogrammet är på tre år där de två första åren går på halvfart och består av teoretiska moment som kopplas till praktisk tillämpning i studentens vardag.

Utbildningen tillämpar blandat lärande, vilket innebär gemensamma samlingar en till två dagar per månad som varvas med webbaserad distansundervisning och eget arbete. Det tredje året genomförs på heltid i form av ett praktiskt förbättringsarbete, studier av förbättringsarbetet, och avslutas med en mastersuppsats. Studenterna lär sig genom att varva teori och praktisk tillämpning, och genom att generöst dela med sig sina nya insikter och erfarenheter till varandra. Reflektion och nya lärdomar är ett ständigt återkommande tema på campusträffarna.

Studenterna har utmanats av komplexitet, organisationsförändringar, nedskärningar, chefsbyte och deras ledarskapsfärdigheter har verkligen satts på prov. Inte minst under sista termin då Coronaviruset drog över landet som en osynlig stormvind och vände upp och ner på allt vi kände till sedan tidigare. Vi imponeras av hur snabbt studenterna ställde om från "blandat lärande" till "lärande på distans".

Vi önskar de nytexaminerade masterstudenterna i kvalitetsförbättring och ledarskap lycka till i det fortsatta förändringsledarskapet. Det är så roligt att få dela er resa och se er växa med uppgiften! Stor tack för förmånen att få följa er under vägen och allt vi lärt oss tillsammans under tiden!

Kursledningen

Nicoline Vackerberg, Peter Kammerlind, Johan Thor, Ann-Christine Andersson, Berith Hedberg

Sara Alsterlund	Bad reviews – Good news Lågt satta betyg från patienter, en skattkista för att lära sig av ”de vi är till för”
Helena Berglund	Ökad patientdelaktighet i vården genom en personcentrerad vård.
Linda Bergström	Du och jag, tillsammans kan vi hjälpas åt och göra lymfödemet bättre!
Elin Blomdahl	Förbättrad återhämtning efter kirurgi för patienter med gynekologisk cancer genom implementering av Enhanced Recovery After Surgery.
Sara Both	Processbaserad kvalitetsförbättring baserat på patientnöjdhet och patientsynpunkter inhämtat via en SMS-funktion
Sara Elofsson	”En väg in” - för barn och unga med psykisk ohälsa - ett förbättringsarbete för att hjälpa barn och unga till rätt vårdnivå, i rätt tid.
Elin Erlandsson	Minimera postoperativt illamående och kräkning Införande av ett evidensbaserat arbetssätt genom hela den perioperativa vårdprocessen
Margit Ferm	Ökat stöd till ”second victims” Test av trestegssamtal inom slutenvårdspsykiatri
Katarina Gröndal	En sak i taget – bättre förutsättningar för god eftervård på förlossningen
Lotta Jirebeck	Ökad tillgänglighet på en närakut – ett förbättringsarbete med syfte att minska väntetid
Amela Johansson	Together for Fulfilling Lives
Sofia Jonsson	Nu vet jag att ni har koll - tillämpning av symtomskattning i team inför fördjupad läkemedelsgenomgång i hemsjukvård
Martina Larsson	Säker uppväxt för vartenda barn
Kristina Lifvergren	Koordinering mellan fyra mikrosystem på Skaraborgs sjukhus ökar patientsäkerhet för cancerpatienten
Camilla Lindell	Förbättrad smärtbedömning för patienter inom palliativ vård på akutsjukhus

Karin Lundin	Flytta operationsresurser till patienten istället för att flytta patienten till operation
Karolina Mikkilä Stange	Raka vägen till raka tänder Förbättring av bettfeldiagnostik och tandreglering för barn och ungdomar i allmäntandvården
Omar Muratbegovic	Förbättring av genomförandeplaner för barn med funktionshinder genom co-production med familjerna
Anna Ninov Linda Hördegård	Mer tid, ökad patientsäkerhet samt delaktighet och bättre arbetsmiljö med digitalisering?
Beatrice Nygren	Samskapande som en väg till ökad delaktighet. Ett förbättringsarbete inom hemsjukvården där patienter, anhöriga och personal möts i Experience-Based Co-Design (EBCD)
Elisabeth Runge	Prata mera!
Sofie Semb	Det är allas ansvar! Att utveckla systematik och kompetens i förbättringsarbetet för en trygg assistans av god kvalitet
Dario Tesan	Rätt diagnostik i rätt tid Pro-forma arbetsprovsremisser – ett förbättringsarbete för enhetligare remissinnehåll
Jonas Vargmyr	Tid är hjärna Ett förbättringsarbete som syftar till att korta tiden till livsavgörande behandling för patienter drabbade av stroke.
Caroline Ärleskog	"Heja brukarinflytandet!" Ett förbättringsarbete för att stimulera lärande om brukarinflytande hos framtida socialarbetare.

Bad reviews – Good news

Lågt satta betyg från patienter, en skattkista för att lära sig av ”de vi är till för”

Bakgrund

KRY hjälper människor som behöver vård genom digitala möten i hela Sverige. Patienter kan träffa läkare, sjuksköterska eller psykolog via video efter att ha laddat ner appen, på en tid och plats som passar dem. Efter vårdmötet kan patienter ge omedelbar feedback. Det fanns inget system för uppföljningar av patienternas upplevelse när de hade lämnat ett enstjärnigt lågt betyg/dålig recension efter ett möte - en så kallad "bad review".

The image displays three sequential screenshots from the KRY mobile application. The first screenshot shows a screen titled "Hur var ditt möte?" with a "Hoppa över" link and a rating section labeled "Betygsätt ditt möte" with five empty star icons. The second screenshot shows the same screen after a rating, with "5 stjärnor" and five filled yellow stars. Below this is a question "Blev du hjälpt med ditt besvär?" with "Ja" and "Nej" buttons. The third screenshot shows a question "Använde du KRY istället för att söka fysisk vård?" with "Ja" and "Nej" radio buttons, a text input field for comments, and a "Spara" button.

Hur var ditt möte? Skärmdump från KRY-applikationen (KRY, 2019)

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Genom att följa upp patienter som lämnat en bad review med kommentar har patienter varit involverade i förbättringsarbetet. Inkomna förbättringsförslag från patienter används för att utveckla tjänsten/produkten vilket innebär bättre vårdmöten för patienter med KRY i framtiden.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att utveckla en bättre service för våra patienter och erbjuda bättre vårdmöten i framtiden.

SMARTA-mål:

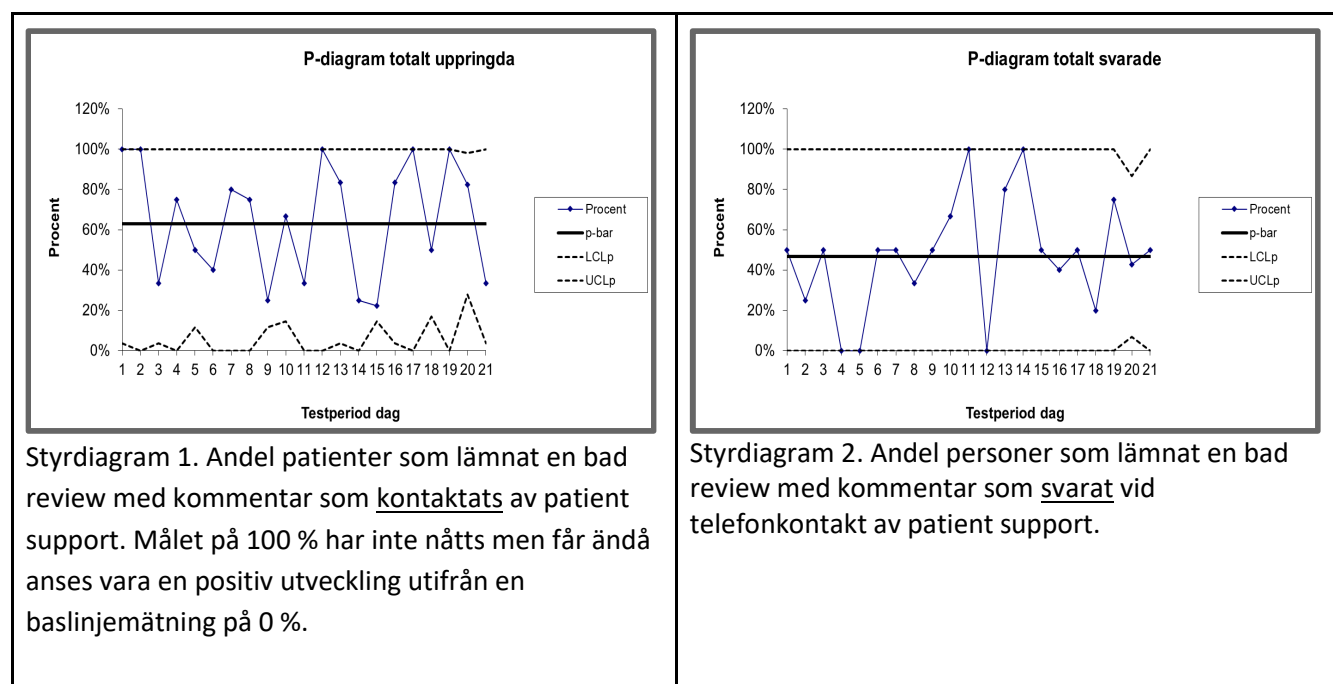
- Att innan 1 december 2019 utveckla ett system kring hantering av bad reviews.
- Den 1 februari 2020 ska 100 % av patienter som lämnat en bad review tillsammans med en kommentar efter avslutat vårdmöte kontaktas av patient support.
- Innan 1 mars 2020 ska förslag om förbättringar i tjänsten/produkten från patienter som lämnat bad reviews kontinuerligt rapporteras till intressenter på företaget

Förändringsidé

Förändringsidén var att skapa ett system för uppföljning av bad reviews för att utveckla och förbättra tjänsten för patienter som använder KRY. En hypotes utifrån tidigare forskning (Allsop & Mulcahy, 1995; Reader, et al., 2014; Wessel, Lynøe, Juth, et al., 2012) var att patienter oftast vill bli lyssnade på och dela

med sig av sin upplevelse. Nolans förbättringsmodell har använts vilket inkluderar bland annat PDSA-cykler och Ishikawa-diagram.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?



Resultat

Patienter som vi lyckades få kontakt med via telefon uppskattar och har feedback som vi kan lära av för att bli en bättre vårdgivare för våra patienter i framtiden. Dock har inte målet att kontakta 100 % av alla patienter som lämnat en bad review med kommentar nåtts men får ändå anses positivt utifrån en baslinjemätning på där 0 % kontaktades. Rapportering av förslag från patienter för förbättringar av tjänsten/produkten har skett och gett resultat med exempelvis en tydlighet redan vid symtombeskrivning i appen om att KRY inte är rätt vårdnivå.

Nästa steg

Fortsatt rapportering av insamlad data/förbättringsförslag från patienter för förbättringar av tjänsten. Utveckla sidan för utvärdering i appen efter vårdmötet för att samla mer information/data direkt i utvärderingsformuläret samt förtydliga möjligheten för patient att besvara om och hur de önskar bli kontaktade för att dela med sig av sina erfarenheter.

Faktaruta

Namn: Sara Alsterlund

Email: sara.alsterlund@gmail.com

Arbetsgivare: KRY Enhet: Patient Support

Referenser: Allsop, J., & Mulcahy, L. (1995). Dealing with clinical complaints, *Qual Health Care* 1995;4:2 135-143 doi:10.1136/qshc.4.2.135.

Reader, T.W., et al. (2014). Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy, *BMJ Qual Saf* 2014;0:1–12. doi:10.1136/bmjqs-2013-002437

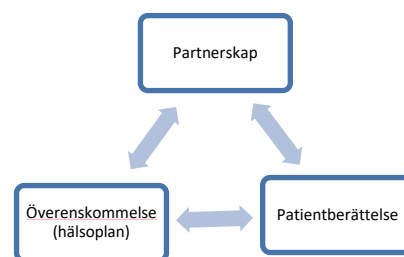
Wessel, M., Lynøe, N., Juth, N., et al. (2012). The tip of an iceberg? A cross-sectional study of the general public's experiences of reporting healthcare complaints in Stockholm, Sweden. *BMJ Open* 2012;2:e000489. doi:10.1136/bmjopen-2011-000489.

Ökad patientdelaktighet i vården genom en personcentrerad vård.

Bakgrund

Idag finns det krav på att hälso- och sjukvården ska ge en personcentrerad vård. Detta för att skapa möjligheter för patienterna att bli medskapare och inte bara mottagare av vård. En personcentrerad vård bygger på tre byggstenar: partnerskap, patientberättelse och överenskommelse (figur 1).

Patienter upplever idag brister i framförallt delaktighet, information och samordning inom svensk hälso- och sjukvård, vilket även kan ses på den enhet där jag medverkat i detta förbättringsarbete. Enheten är en slutenvårdsavdelning med stor andel patienter med akutkirurgiska diagnoser och korta vårdtider.



Figur 1: Personcentrerade vårdens tre byggstenar

Patientinvolvering

De patienter som fått en hälsoplan har involverats och tillfrågats om deras synpunkter gällande hälsoplanen.

Syfte och mål

Syftet med förbättringsarbetet var att öka patientens delaktighet i sin egen vård. Målet var att öka andelen patienter som angav att de var delaktiga i den utsträckning de önskade i vården på avdelningen, till > 80% före 1 mars 2020.

Förändringsidé

De förändringsidéer som har testats är att sjuksköterskan tar emot en patientberättelse och dokumenterar en hälsoplan. Det nya arbetssättet testades först av ett fåtal sjuksköterskor för att sedan succesivt involvera alla sjuksköterskor på enheten. En annan förändringsidé var att anpassa dokumentationen till det nya arbetssättet. Under förbättringsarbetet justerades arbetssätten, journalmallar samt lathundar för att förtydliga för medarbetare och patienter. Patienternas som fått en hälsoplan tillfrågades om deras synpunkter gällande vad som var bra och vad som kunde förbättras. De förbättringsförslag som framkom har använts för att förbättra samtalet och hälsoplanen. Den övervägande positiva responsen har använts som inspiration till medarbetare.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att följa förbättringsarbetet har förbättringsteamet följt antalet dokumenterade hälsoplaner. Baslinjemätning gällande patientens delaktighet i vården utfördes maj 2019 samt en uppföljande mätning mars 2020.

Resultat

Det nya arbetssättet med att dokumentera hälsoplaner (figur 2) har inte utvecklats i den omfattning som tänkt. Som mest har 7 patienter/vecka fått en hälsoplan där det förväntade antalet under förbättringsarbetet har varit 25 - 30 patienter/vecka. Trots detta har patientens skattning av delaktighet i vården ökat från 77% till 95% efter införandet av det nya arbetssättet (figur 3). Detta skulle kunna tyda på att förbättringsarbetet påverkat medarbetarna till ett mer personcentrerat förhållningssätt.

Nästa steg

Arbetet fortsätter med att erbjuda hälsoplanen till en större andel patienter. Planen är också att involvera läkarna i det nya arbetssättet samt använda hälsoplanerna som ett arbetsredskap vid rondan.

Faktaruta

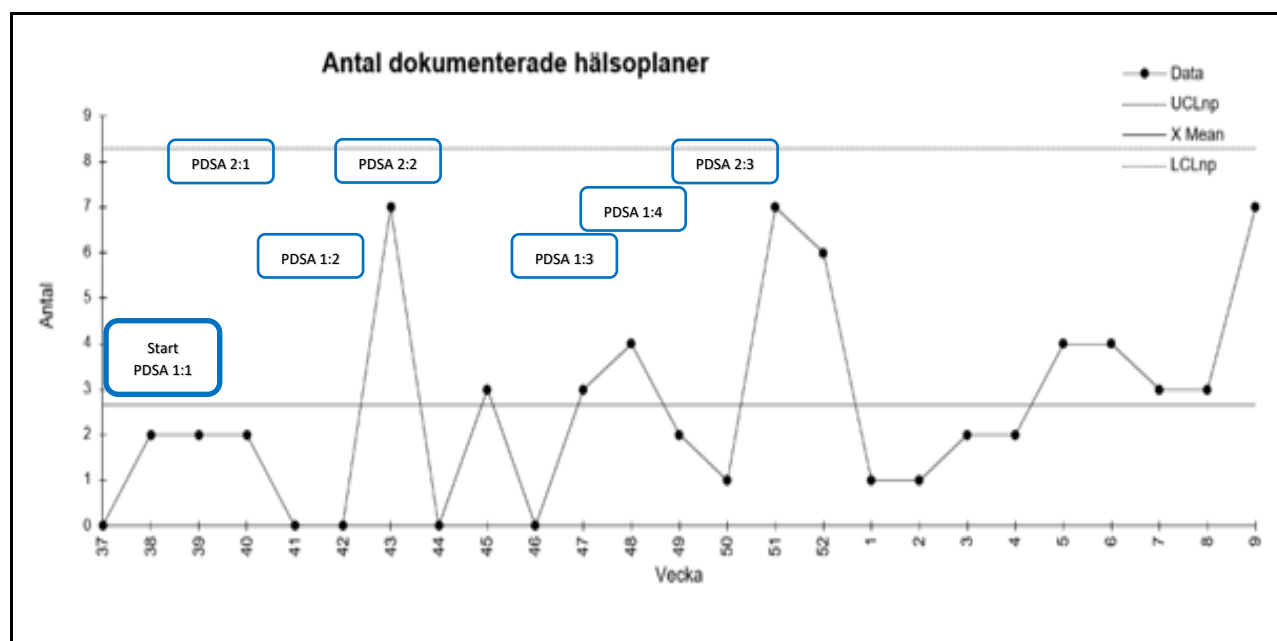
Namn: Helena Berglund

Email: helena.berglund@sll.se

Arbetsgivare: Södersjukhuset

Enhet: Verksamhetsområde kirurgi, avdelning 13

Bilaga 1 - Mätningar



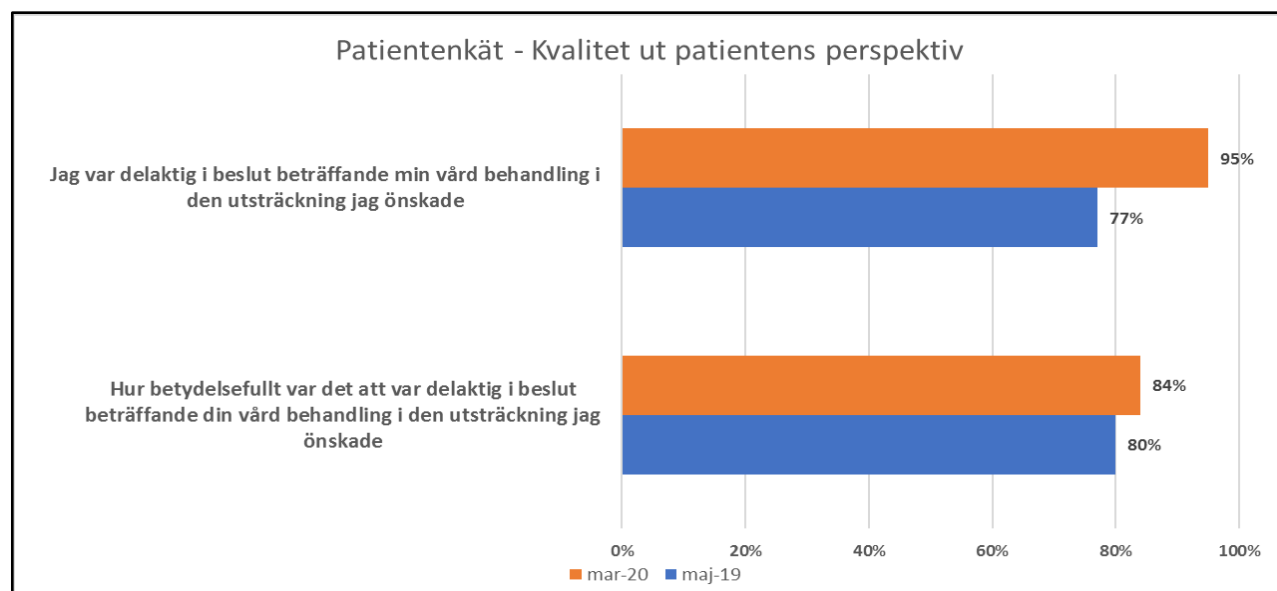
Figur 2: Styrdiagram XmR-diagram - Antal dokumenterade hälsoplaner per vecka.

Citat: Inhämtade patientsynpunkter på hälsoplanen

” Att ni kommunicerar med mig och att jag få ett inflytande på uppgifterna i hälsoplanen”

” Det ringade in områden som betydde något för mig”

” Bra att kunna gå tillbaka och läsa om man glömt något”



Figur 3: Patientenkät - Skattad delaktighet i vården i den utsträckning de önskade.

Du och jag, tillsammans kan vi hjälpas åt och göra lymfödemet bättre!

"Det värsta är att jag hade allra helst velat att detta skulle ta slut imorgon, jag har hållit på i så många år med mitt lymfödem och jag är jäkligt trött på det. I och med att det är en daglig grej som jag alltid måste ta hand om och det är ett hinder för mig också till viss del i livet" (Kvinna, 52 år med lymfödem).

Bakgrund

I Region Jönköpings län arbetar sju lymfterapeuter på Rehabiliteringscentrum som tar emot och behandlar cirka 560 patienter årligen med lymfatiska besvär, av dessa är 210 nya patienter. Lymfödem är en kronisk symtomdiagnos som kräver livslång behandling. Det lokala problemet är att patienterna känner sig osäkra på att göra egenvård av lymfödemet och tvivlar på dess effekt pga att lymfterapeuterna ger generella råd om egenvården. Brist på egenvård kan leda till ett succesivt förvärrat lymfödem som ökar risken för hudinfektionen erysipelas. Patienterna behöver se egenvård som en del av behandlingen och lymfterapeuter behöver prioritera egenvårdsinstruktioner.

Patient-/brukar-/kundinvolvering.

Författaren intervjuade ett urval av patienter om deras erfarenheter av lymfterapeutiska tjänster och förslag på förbättringar. Patienter fick besvara en enkät i syfte att inhämta information om deras egenvård och hälsorelaterad livskvalitet.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att skapa förutsättningar och bättre följsamhet till patienters egenvårdsbehandling för att bidra till att bibehålla eller förbättra stadie av lymfödem och uppleva en god hälso-relaterad livskvalitet.

Målet är att den 17 april 2020 ska patienter med lymfödem, som fått ett egenvårdprogram, ha följsamhet med minst 90 % till sin egenvårdsbehandling och 90 % ska uppleva sig som mycket säkra på att göra egenvård.

Förändringsidé

Tydliggöra och individanpassa samtalet om egenvård, att kunna identifiera egenvårdsbehov hos patienterna samt utforma en individuell egenvårdsplan utefter patientens behov. Inspiration inhämtades i förbättringsarbetets början från tjänstedesign med rich picture och kundresa samt 5P-modellen och värdekompassen från förbättringsmetoder. Som arbetsmetod användes PGSA- cykler.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Patienterna känner sig säkra på att kunna utföra egenvård av lymfödemet, se diagram 1. Lymfterapeuterna gör upp egenvårdplaner med patienter som är nydiagnostiserade med lymfödem samt de patienter som har ett identifierat behov av att öka eller förbättra sin egenvård, se diagram 2 över antal egenvårdsplaner som upprättades under testperioden.

Resultat

- ✓ Sex (67%) av nio patienter som följdes upp av författaren kände sig mycket säkra på att göra sin egenvård, se diagram 1.
- ✓ Av totalt 24 patienter som fick en egenvårdsplan var det sex patienter (25%) som kände sig mycket säkra på att göra egenvård och 12 patienter (50%) hade följsamhet till egenvårdsplanen.
- ✓ Hälften av patienterna som fick en egenvårdsplan fick ingen uppföljning, vilket gör det svårt att veta följsamhet till egenvårdsplanen och hur säkra patienterna känner sig på att utföra egenvård.

Nästa steg

Nästa steg är att förbättra uppföljningsrutiner och fortsätta med förbättringar som underlättar patienternas egenvård. Patientinvolvering ger förändringsidéer och ska börja användas mer i verksamheten.

Faktaruta

Namn: Linda Bergström

Email: linda.bergstrom@rjl.se

Arbetsgivare: Region Jönköping

Enhet: Rehabiliteringscentrum

Hur säker känner sig patienter på att kunna göra egenvård av lymfödemet?

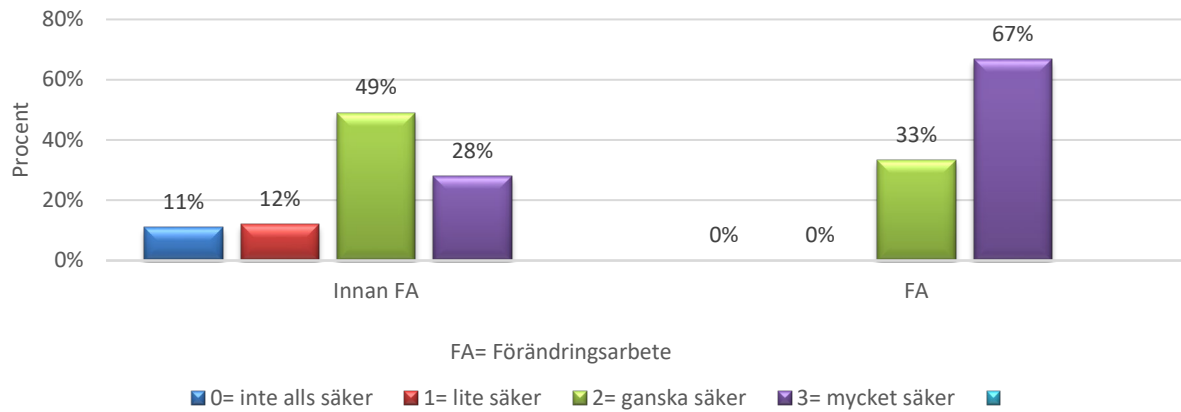


Diagram 1. Stapeldiagram som visar procentuell fördelning över hur många av patienterna som svarat respektive svarsalternativ på frågan hur säker känner du dig på att kunna utföra egenvård av lymfödem? I basmätningen deltog 66 patienter som utfördes via enkät och 9 patienter deltog i förbättringsarbetet.

PDSA 3

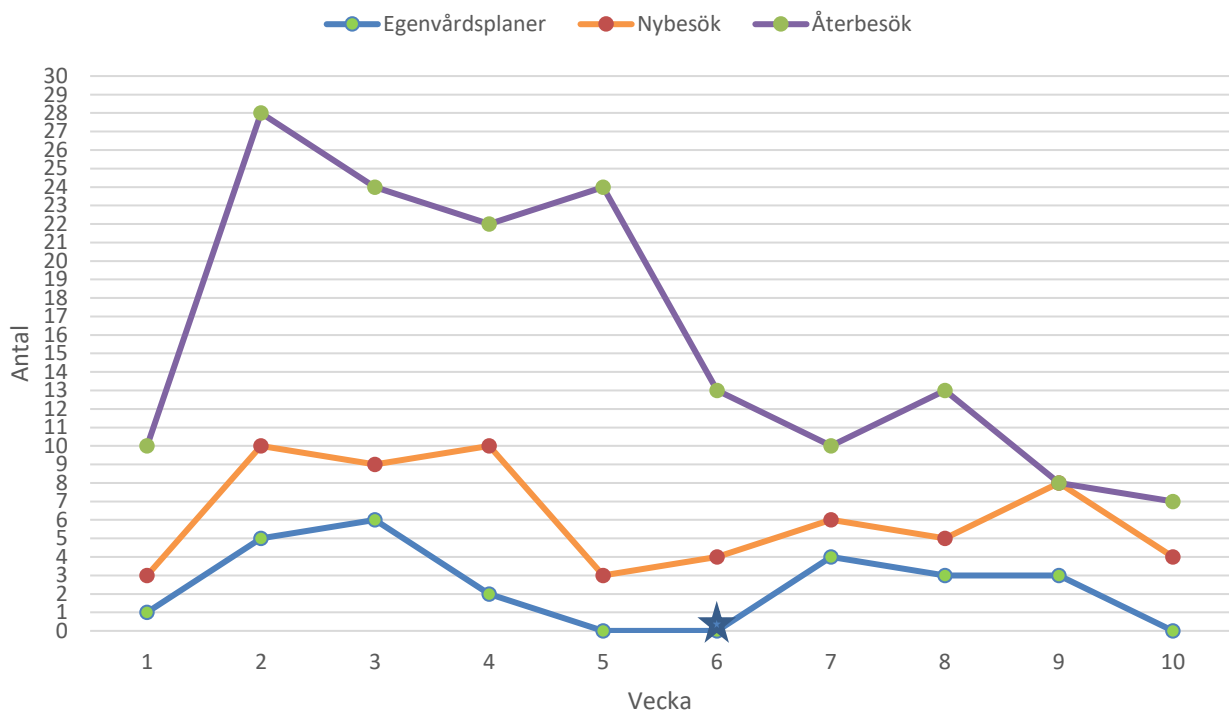


Diagram 2. Linjediagram över antal egenvårdsplaner som upprättas varje vecka under testperiod på 10 veckor, varav vecka 1 till 5 PGSA 3:1 och vecka 6 till 10 PGSA 3:2. Jämförande linjer visar antal nybesök och antal återbesök under testperioden som dels speglar en variation vad gäller belastning i verksamheten. Totalt upprättades 24 egenvårdsplaner under testperioden.

Förbättrad återhämtning efter kirurgi för patienter med gynekologisk cancer genom implementering av Enhanced Recovery After Surgery.

Bakgrund

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) är ett vårdprogram inom kirurgisk vård som sammanför enskilda evidensbaserade interventioner till ett sammanhängande vårdprogram. Att arbeta enligt ERAS innebär också att registrera, följa och utvärdera såväl process- som resultatmått. Omfattande forskningsresultat visar att arbetssätt enligt ERAS (med hög följsamhet till vårdprogrammet) ger snabbare återhämtning, kortare vårdtider och färre komplikationer. Inför förbättringsarbetets start genomfördes en processkartläggning som visade 47% följsamhet till ERAS. Således fanns ett gap mellan evidens och klinisk praxis samt förbättringsutrymme i verksamheten avseende att erbjuda en evidensbaserad, säker och effektiv vård.

Patientinvolvering

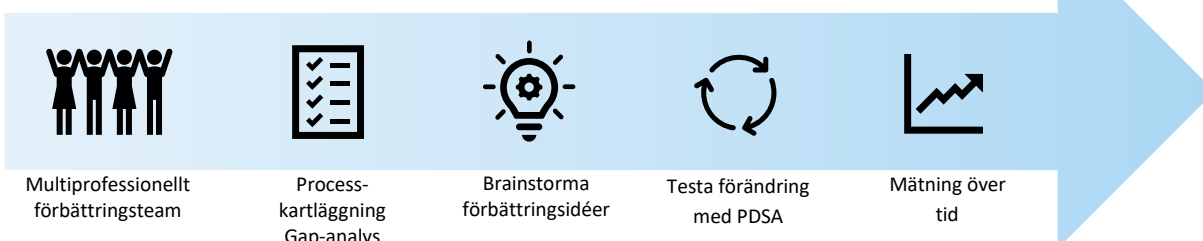
Patienter har involverats i förbättringsarbetet på flera olika sätt. Patientenkäter har delats ut kontinuerligt och telefonintervjuer med patient har gett förbättringsteamet värdefulla synpunkter. Vidare togs skriftlig patientinformation fram tillsammans med en tidigare patient som också är aktiv i patientföreningen.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet var att öka möjligheten till snabb återhämtning efter stor bukkirurgi för patienter med gynekologisk cancer genom implementering av Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). Utifrån ökad följsamhet till ERAS förväntas patienterna på längre sikt återhämta sig snabbare efter operation, och därmed återvända hem snabbare samt minska risken att drabbas av komplikationer. Det specifika målet för förbättringsarbetet var öka följsamheten till ERAS från baslinjens 47% till 70% innan mars 2020.

Förändringsidé

Ett multiprofessionellt förbättringsteam bildades för att införa ERAS genom fyra sammankopplade microsystem. Utifrån en gapanalys identifierades förbättringsområden och idéer som testades i PDSA-cykler (se figur 1).



Figur 1. Metod för förbättringsarbetet

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

PDSA-cyklerna har utvärderats genom journalgranskning, pinnstatistik och kvalitativa mätningar i form av muntlig kommunikation med patienter och personal. Utvärdering av förbättringsarbetet har skett genom registrering i ERAS Interactive Audit System, EIAS.

Resultat

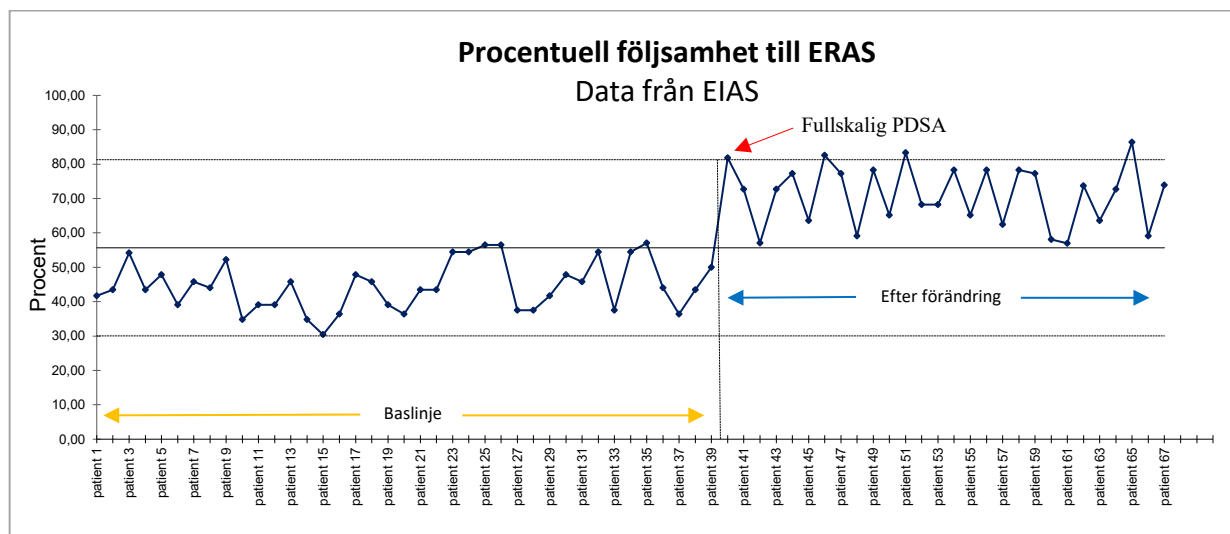
Följsamheten till ERAS efter förbättringsarbetet varierar mellan 57-86%, medel 71% (se figur 2). Samtliga mätpunkter efter förändring är ovan centrollinjen vilket indikerar systematisk variation och målet, >70% följsamhet uppnåddes. Medelvårdtiden för slumpvist utvalda patienter var innan förbättringsarbetet 7 dygn. Efter förbättringsarbetet minskade vårdtiden till 5,25 dygn, en minskning med 1,75 dygn (se figur 3). Patientens upplevelse avseende information och delaktighet ökade under förbättringsarbetet.

Nästa steg

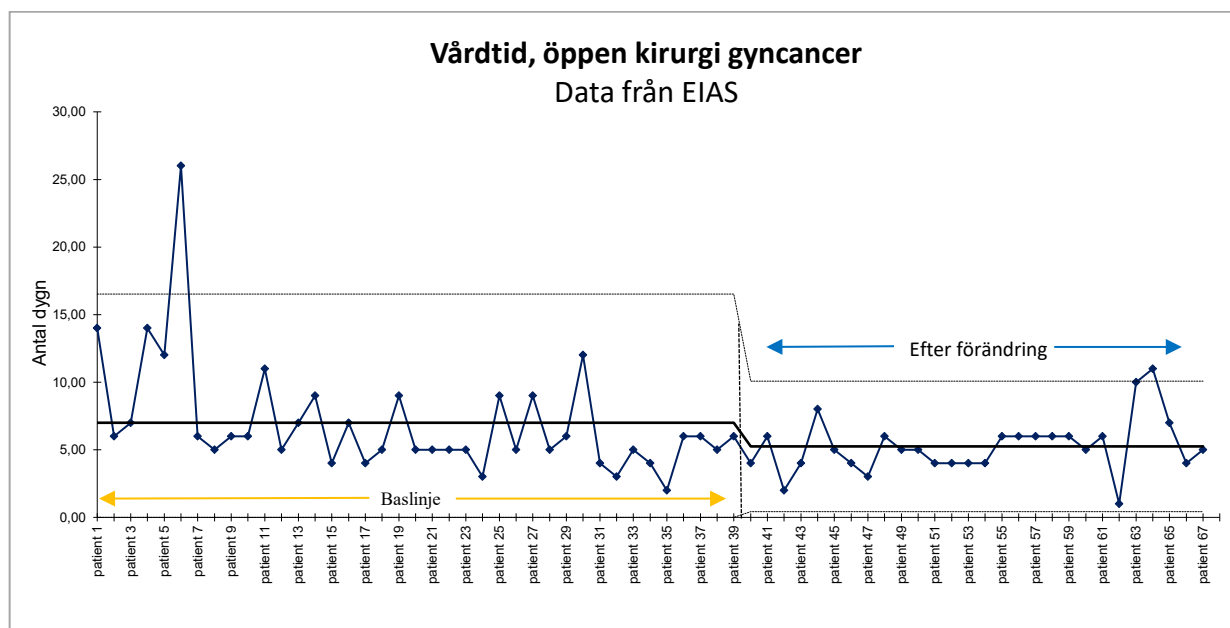
För att få förbättringsarbetet att hålla över tid kommer registrering av process- och resultatmått även

fortsättningsvis följas och utvärderas. Fortsatt arbete inom områden med förbättringsutrymme krävs, speciellt i den postoperativa fasen krävs för att ytterligare öka följsamheten.

Bilaga 1. Mätningar



Figur 2. Styrdiagram. XmR diagram över enskilda patienters procentuella följsamhet till ERAS Patient 1-39 slumpvis utvalda utgör baslinje innan förändring (maj 2018- april 2019). Patient 40-67, efter förändring (dec 2019- sista feb 2020).



Figur 3. Styrdiagram XmR. Vårdtid för enskilda patienter. Patient 1-39 slumpvis utvalda utgör baslinje innan förändring (maj 2018- april 2019). Patient 40-67, efter förändring (dec 2019- sista feb 2020).

Faktaruta

Namn: Elin Blomdahl

Email: elin.v.blomdahl@sll.se

Arbetsgivare: Region Stockholm

Enhet: Medicinsk Enhet Bäckencancer, Karolinska Universitetssjukhuset

Processbaserad kvalitetsförbättring baserat på patientnöjdhet och patientsynpunkter inhämtat via en SMS-funktion

Bakgrund

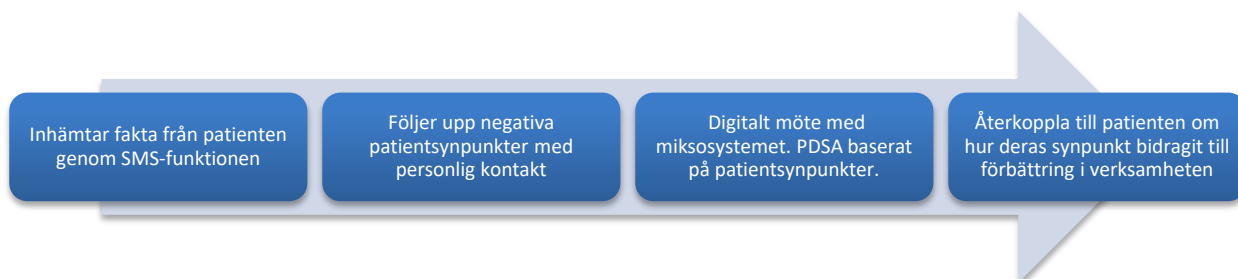
Encia hälsomottagningar en är privat vårdgivare med nio mottagningar i Sverige och erbjuder vård inom allmänmedicin, ortoped och dermatologi. Den 1 januari 2018 revideras patientsäkerhetslagen och ansvaret om att ta mot, hantera och besvara patientsynpunkter gick från att vara Inspektionen för vård och omsorgs uppdrag till att bli den enskilde vårdgivarens ansvar. I samband med revideringen av patientsäkerhetslagen saknade Encia processer och arbetssätt för att ta mot, hantera och besvara patientsynpunkter i enlighet med lagen.

Syfte och Mål

Organisationens passion och övergripande mål är att ha nöjda patienter genom hela vårdkedjan. Därför var syftet att utveckla och implementera en process för att ta mot, hantera och besvara patientsynpunkter i enlighet med patientsäkerhetslagen och samtidigt systematiskt inhämta kunskap om patientnöjdhet via samma process. Målet var att utveckla och implementera ett digitalt verktyg där patienten delger sin feedback direkt efter besöket, som sedan bearbetas genom digitala möten med mikrosystemet med målsättningen om att basera förbättringar i organisationen på kunskap från patienterna.

- Från den 2 oktober 2019 ska 100 % av alla patienterna som besöker Encia Hälsomottagningar få ett sms efter besöket med möjlighet att betygsätta sin upplevelse (patientnöjdhet) samt kunna lämna en patientsynpunkt i enlighet med patientsäkerhetslagen, som sedan bearbetas i mikrosystemet via digitala möten som grund för förbättringar i verksamheten.

Förändringsidé



Resultat

Resultatet visar att den implementerade processen fungerar som ett arbetssätt för att kontinuerligt inhämta patientnöjdhet genom betygsättning av den totala upplevelsen med hjälp av en SMS-funktion, patienterna är nöjda med vården då medianvärdet är 4,62 av 5. Resultatet bekräftas genom att merparten av patientsynpunkter som inkommit är positiva och processen uppfyller hantering i enlighet med lagkravet. De negativa patientsynpunkterna ligger till grund för förbättringar inom verksamheten för att uppnå passion om nöjda patienter genom vårdkedjan. Mikrosystemet har arbetet med tre förbättringsarbeten genom PDSA cykler.

Nästa steg

Nästa steg är att utveckla arbetssätt för att undersöka om patienterna är nöjd med hur de fått sin synpunkt besvarad. Vidare planeras fortsatt arbetet med de positiva patientsynpunkterna och hur mikrosystemet kan använda dem som grund till förbättringar.

Diagram 1: Resultat av patientnöjdhet insamlat via sms

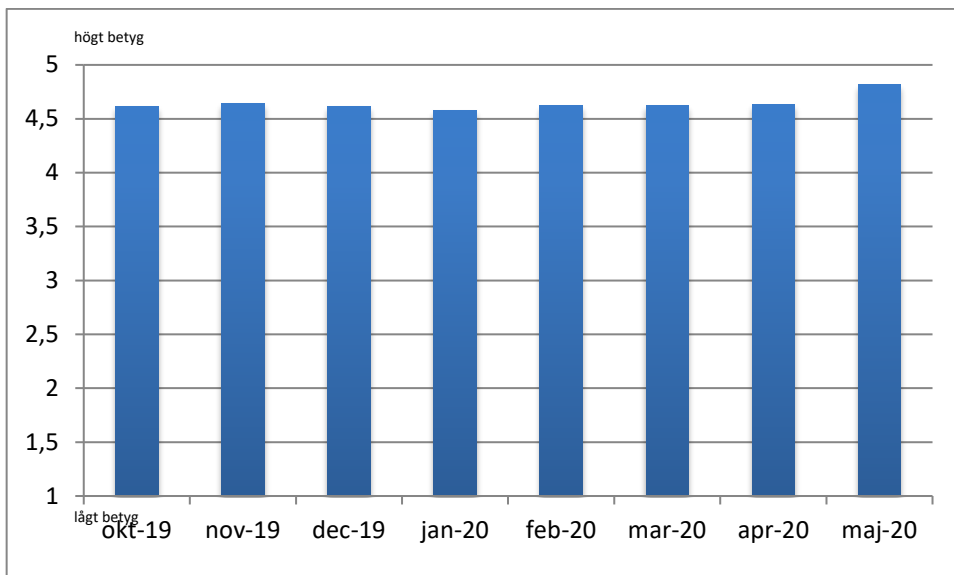
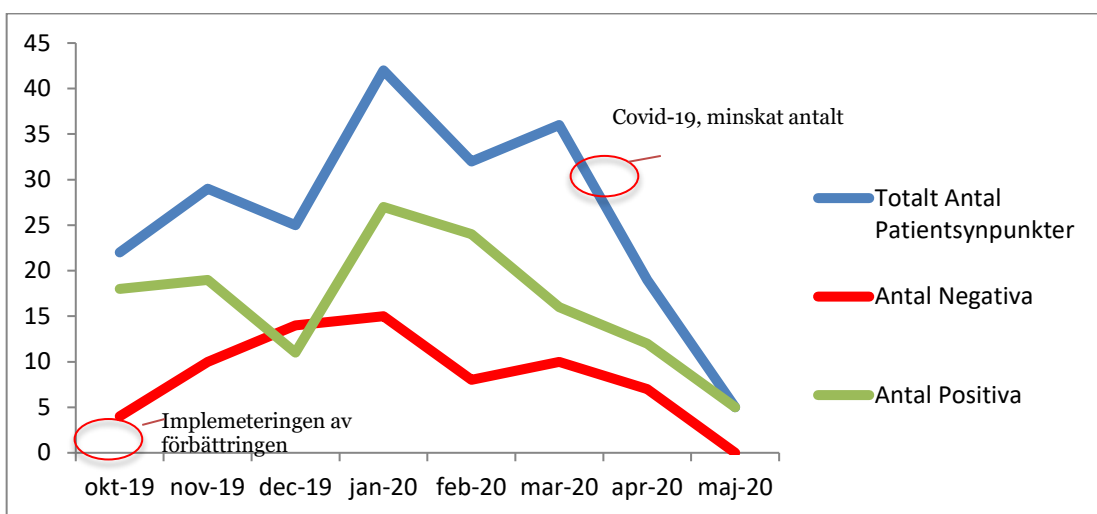
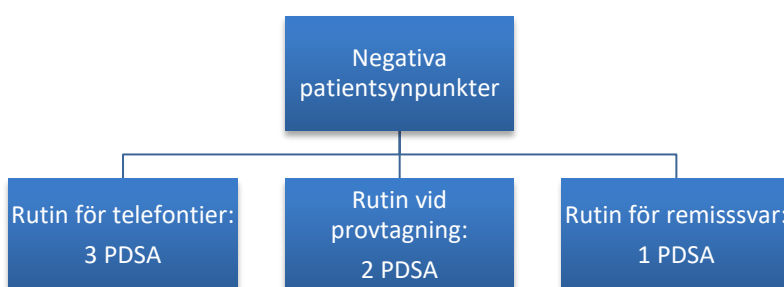


Diagram 2: Baslinje av patientsynpunkter



Figur 1: Förbättringsområden baserat på negativa patientsynpunkter



Faktaruta

Namn: Sara Both

Email: saraboth@live.se

Arbetsgivare: Encia Hälsomottagningar

”En väg in” - för barn och unga med psykisk ohälsa

- ett förbättringsarbete för att hjälpa barn och unga till rätt vårdnivå, i rätt tid.

Bakgrund

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och Barn - och ungdomshälsan (BUH) i Region Jönköpings län saknade ett systematiskt bedömningsinstrument för triagering av vårdnivå för barn och unga med psykisk ohälsa. Det blev starten på ett gemensamt förbättringsarbete.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Inför förbättringsarbetet intervjuades ungdomar och anhöriga kring vad de anser vara viktigt i kontakten med vården. Under förbättringsarbetet har anhörigrepresentanter deltagit och bidragit med sina erfarenheter kring vården på BUH och BUP och identifierat viktiga aspekter att beakta för en trygg och patientsäker vård.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet var att barn och unga med psykisk ohälsa ska få tillgång till vård och behandling, i rätt tid och på rätt vårdnivå. Under testperioden sattes därför det specifika målet att:

85% av de barn och unga, 6–17 år, som remitteras eller gör en egen vårdbegäran till BUH och BUP på grund av psykisk ohälsa ska få en bedömning på ett systematiskt och likvärdigt sätt. Detta ska göras i en sammanhållen enhet och vara genomfört den 30 mars 2020.

Förändringsidé

Flera förändringsidéer sammankopplades för att nå målet.

- Skapa en gemensam remiss - och bedömningsenhet, ”En väg in”
- Införa ett nytt gemensamt telefonnummer
- Implementera ett systematiskt bedömningsinstrument, Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI)



Resultat

Den nya remiss- och bedömningsenheten och införandet av BCFPI har möjliggjort systematiska bedömningar och underlättat kollegial handledning. Familjer har beskrivit att de uppskattat arbetssättet med systematiken och den välgrundade bedömningen som telefonrådgivarna gav.

Nästa steg

Att förankra rutiner och arbetsflöden inom enheten och skapa hållbara strukturer. Öka samverkan med de sex olika BUH och BUP-mottagningarna i länet för att vidareutveckla processerna ytterligare. Under 2020 utvärdera om förändringen lett till en förbättring.

Faktaruta

Namn: Sara Elofsson

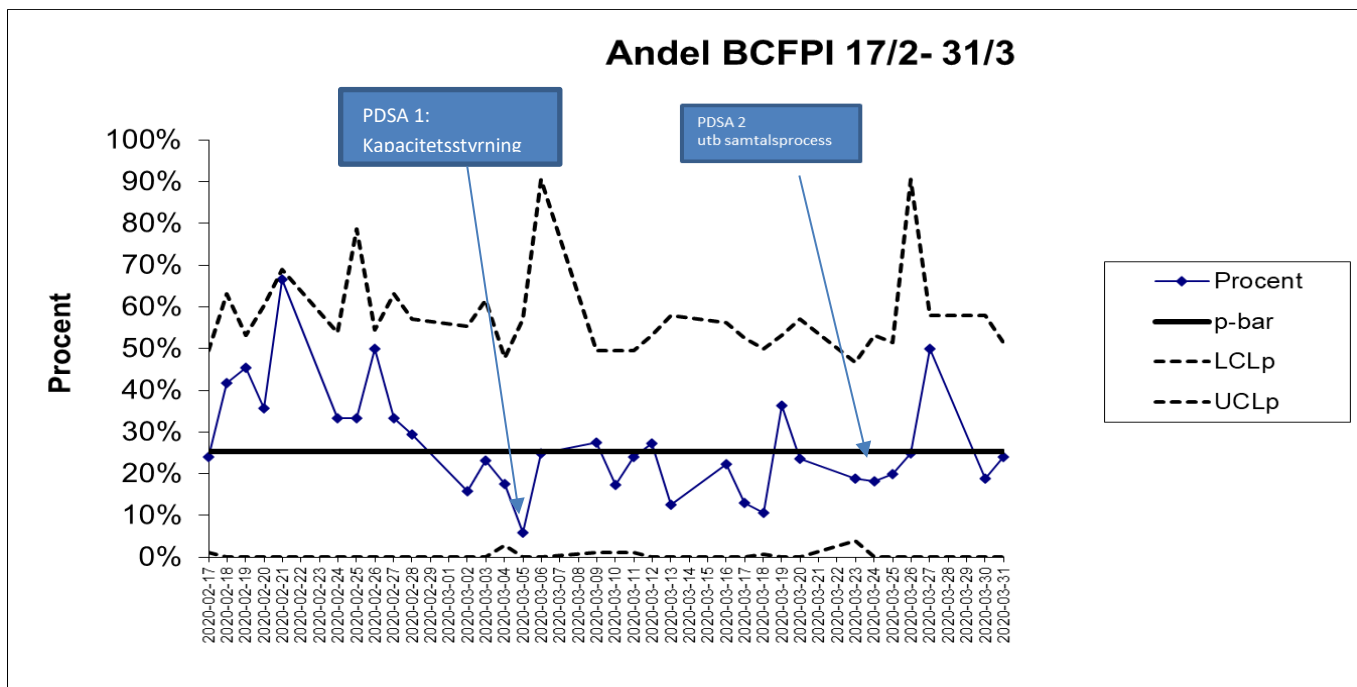
Email: sara.elifsson@rjl.se

Arbetsgivare: Region Jönköpings län

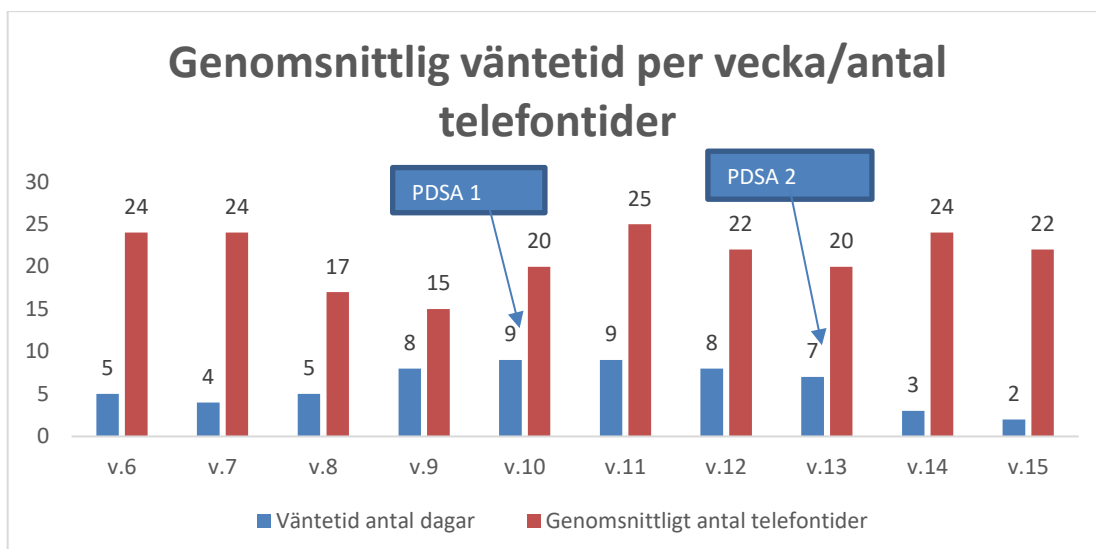
Enhet: Barn - och Ungdomshälsan Norr

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Under första perioden, från enhetens start den 28 januari- 31 mars, har i genomsnitt 25% av de familjer som ringt för rådgivning och i behov av en fördjupad bedömning genomfört en BCFPI. Flera PDSA- hjul har genomförts under perioden för att analysera och justera i processerna för att öka antalet genomförda BCFPI. Utifrån de två PDSA- hjulen i grafen kan en förbättring ses även om förändringen inte uppnått hel målfyllelse under perioden.



Exempelvis genomfördes ett PDSA- hjul kring kapacitetsstyrning i början av mars 2020 då väntetiden för en telefonrådgivning och en längre BCFPI - intervju/återkoppling redan från starten ökade i snabb takt. Det skapades fler telefontider, längden på telefonmodulerna förkortades från 40 minuter till 30 minuter och mer resurser tillsattes för att hantera de utökade telefontiderna. Resultatet i mätningen visar på en positiv trend men behöver utvärderas ytterligare över tid för att fastställa hållbarheten i det förändrade arbetssättet.



Minimera postoperativt illamående och kräkning

Införande av ett evidensbaserat arbetssätt genom hela den perioperativa vårdprocessen

Bakgrund

Den pre-per- och postoperativa (perioperativa) enheten vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge hade problem med bristande följsamhet till ett evidensbaserat arbetssätt gällande att minimera postoperativt illamående och kräkning (förkortas PONV- från engelskans postoperative nausea and vomiting). PONV är en vanlig komplikation efter kirurgi med sövning och upplevs av många patienter som mycket besvärande, ibland till och med värre än postoperativ smärta. PONV medför ofta ett ökat vårdbehov med förlängt omhändertagande på den postoperativa avdelningen och/eller på den kirurgiska vårdavdelningen samt ett ökat antal oplanerade inläggningar på sjukhus. Det ökade vårdbehovet för i sin tur med sig ökade vårdkostnader. Ett evidensbaserat arbetssätt genom hela den perioperativa processen kan minimera risken för PONV, vilket var utgångspunkten för detta förbättringsarbete.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att etablera arbetssätt och rutiner som främjar en jämlik-, evidensbaserad-, effektiv- och säker perioperativ vårdprocess vad gäller riskbedömning,- profylax- och behandling av PONV på enheten.

Det övergripande målet var att minimera andelen patienter som drabbas av PONV samt att de patienter som trots allt drabbas av PONV ska erhålla bästa möjliga behandling. Målet skulle vara uppnått senast 31/5-2019.

Förändringsidé och metod

En enhetsöverskridande evidensbaserad PONV-riktlinje med tillhörande lathund i fickformat utarbetades och infördes på enheten (figur 1). Medarbetarna involverades i utformningen för att den skulle bli så kontextanpassad som möjligt. Riktlinjen integrerades i läkemedelsjournalen och en stor utbildningsinsats genomfördes. Dagen när riktlinjen började gälla hölls en releasfest för att uppmärksamma den ytterligare. Efter införandet fick medarbetarna upprepade gånger information via olika informationskanaler samt regelbunden återkoppling av mätresultat.

Hur visste vi att förändringen ledde till förbättring?

Mätningar vad gäller följsamhet till evidensbaserad riskbedömning, profylax- och behandling av PONV samt incidens av PONV respektive vårdtid på uppvaket genomfördes före- under och efter införandet av riktlinjen.

Resultat

Förbättringsarbetet resulterade i en kraftig ökning av andel patienter som erhöll evidensbaserad profylax- och behandling mot PONV samt en tendens till minskad incidens av PONV (se figur 2-4). Någon förändring vad gäller vårdtiden på uppvaket kunde inte ses, vilket troligtvis berodde på att andra faktorer påverkar vårdtiden, såsom till exempel arbetsbelastning på uppvaket och/eller på vårdavdelningen som patienten planeras till.

Nästa steg

För att ytterligare förbättra följsamheten och lyckas med en förändring som håller över tid kommer det krävas regelbunden återkoppling av mätresultat till samtliga medarbetare samt fortlöpan utbildning och information.

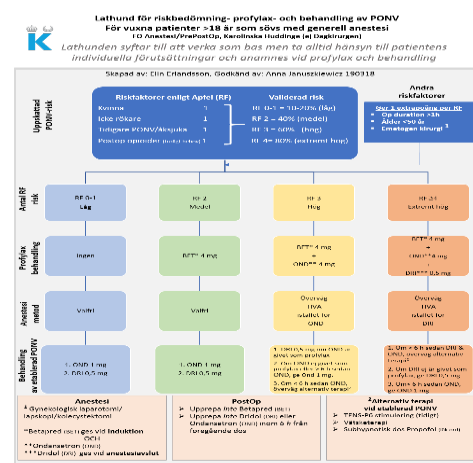
Faktaruta

Namn: Elin Erlandson

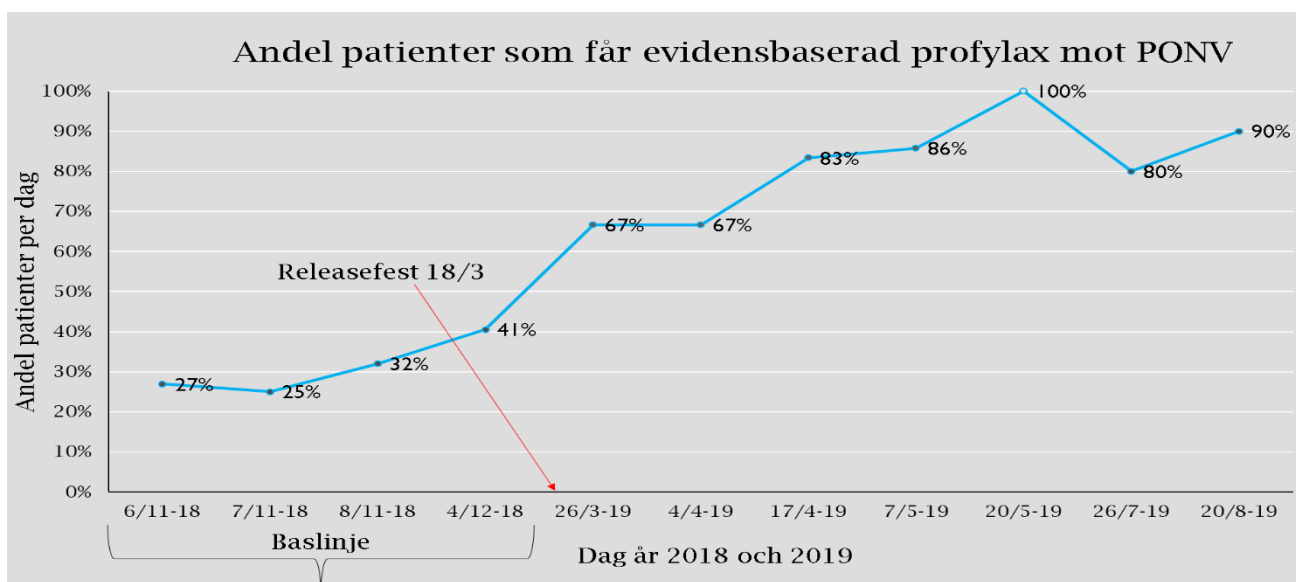
Email: elin.erlandsson@sl.se

Arbetsgivare: From 3/10-2019 Södertälje Sjukhus AB

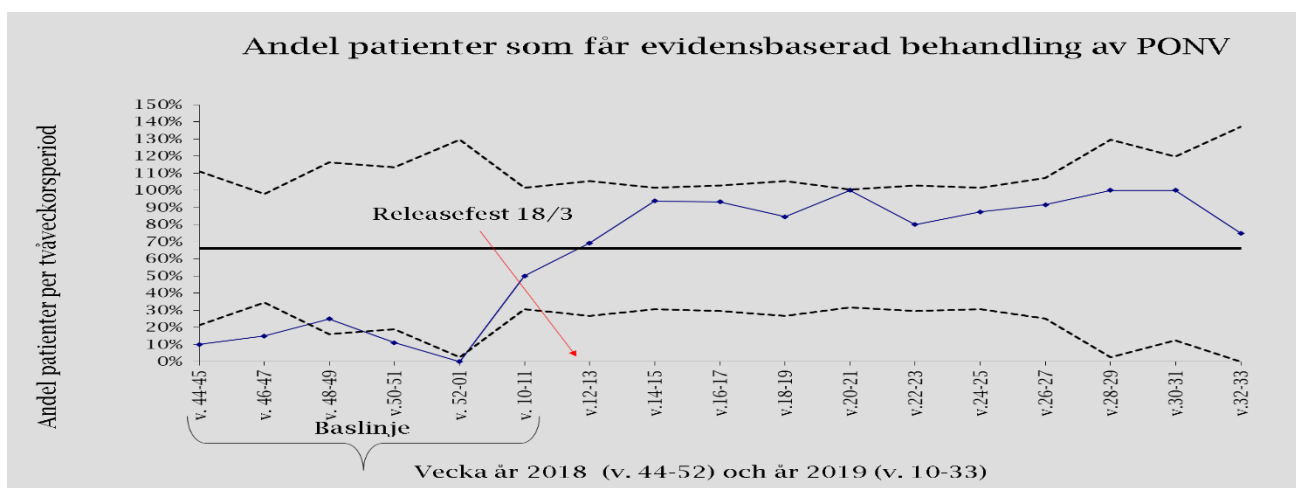
Enhet: Avdelningen för patientsäkerhet och kvalitet samt VO Akut



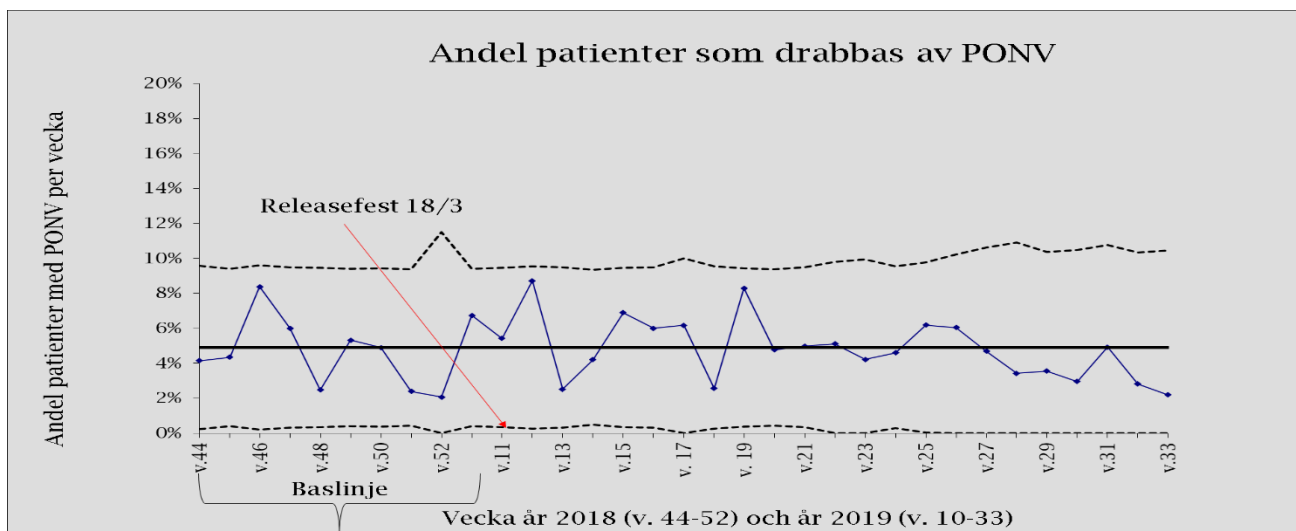
Figur 1. Lathund för evidensbaserad riskbedömning,- profylax,- och behandling av PONV



Figur 2. Andel patienter per mättillfälle som har fått profylax enligt gällande riktlinje, under period för baslinje- och uppföljningsmätning.



Figur 3. Andel patienter per tvåveckorsperiod som fått evidensbaserad behandling av PONV under period för baslinje- och uppföljningsmätning.



Figur 4. Andel patienter per vecka som har registrerad PONV under period för baslinje- och uppföljningsmätning.

Ökat stöd till "second victims"

Test av trestegssamtal inom slutenvårdspsykiatri

Bakgrund

Sedan 1997 tar cirka 1 500 personer sitt liv i Sverige varje år. Ratio: Suicidtankar/suicidförsök/suicid = 400:10:1. Varje suicidal person har minst en handfull närstående, dessa är en resurs för tidiga suicidpreventiva insatser. Närstående kan också behöva eget stöd.

Förbättringsarbetet har genomförts vid Psykiatriska kliniken vid Högländssjukhuset i Eksjö, där fördjupat samarbete med patient och närstående eftersträvas. Inom kliniken tillfrågas alla inkommande slutenvårdspatienter om vilka närstående, de vill ska involveras i vården. Dessa närstående kontaktas inom 24 timmar.

Patient- närståendeeinvolvering

Patienten uppger vilka närstående som ska kontaktas och lämnar kontaktuppgifter till dessa, som kontaktas inom ett dygn. Vid en avdelning erbjuds närstående till patienter som vårdas efter suicidförsök trestegssamtal inom 48 timmar. Detta har tillstyrkts av SPES kretsen i Region Jönköpings län.



Syfte och Mål

Övergripande syftet är att förbättra vård och behandling genom att utveckla en metod för ökat samarbete med närstående, att stödja relationen till patienten och att närstående själva får det stöd som de behöver.

Mål: Att erbjuda närstående trestegssamtal inom 48 timmar efter att patienten lämnat kontaktuppgifter till dem, projektperiod november 2019 – januari 2020, för att fördjupa samarbetet och förbättra suicidpreventionen.

Förändringsidé

Med tillstånd från den suicidala patienten erbjuda närstående trestegssamtal med fokus på:

- Dagen före suicidförsöket
- Dagen för suicidförsöket
- Dagen efter suicidförsöket

Genom att personalen tar del av närståendes erfarenheter och förståelse av vad som hänt, kan klinikkens suicidpreventiva insatser förbättras. Närstående kan också hjälpas att förstå vikten av mikrosituationer och få hjälp att hantera den skuld de kan uppleva. Närstående brukar kallas "second victims".



Trestegssamtal mellan personal och en patients syster.
Hennes bror vårdas på sjukhus efter suicidförsök.
Arrangerad bild.

Hur vet vi att denna förändring är en förbättring?

Förbättringsarbetet väntas bidra till att fler trestegssamtal erbjuds och genomförs med närstående, se diagram 1 vilket förväntas kunna leda till fördjupade suicidpreventiva insatser för både patient och närstående.

Resultat

Under perioden då förbättringsarbetet genomfördes har antalet utförda samtal ökat markant vid båda avdelningarna, se diagram 1. Detta kan bero på ett större fokus på att genomföra samtal med närstående. Genomförandet av samtalen har testats med både närstående enskilt och flera närstående i grupp på avdelningen, vid hembesök, telefonsamtal med en närstående samt vid telefonsamtal med flera närstående samtidigt. Alla samtalen, även de som genomfördes via telefon, fungerade bra även om det var lättast till att börja med när det var ett fysiskt möte. Det fungerade bra även när barn deltog, de behöver få bidra med sin berättelse, ställa sina frågor och få svar av personalen. Det kan vara svårt för de vuxna i familjen att besvara barnens frågor, när de är uppfyllda med att bearbeta sin egen situation.

Personalen har lärt sig att det alltid bör vara två kollegor, som genomför trestegssamtalen, speciellt vid hembesök.

Nästa steg

Beslut tas i klinikkens samverkansgrupp om hur gå vidare med trestegssamtalen. Intressenter i Sverige, England och USA önskar samarbeta och ta del av erfarenheterna från trestegssamtalen. Samarbetet återupptas när Corona-

pandemin är över, fram till dess har vi enbart mailkontakter. Samtalsmodellen finns beskriven i Socialstyrelsens rapport till Regeringen om suicidprevention och stöd till efterlevande våren 2020.

Faktaruta

Namn: Margit Ferm

Email: margit.ferm@fermland.se

Arbetsgivare: Fermland Utveckling

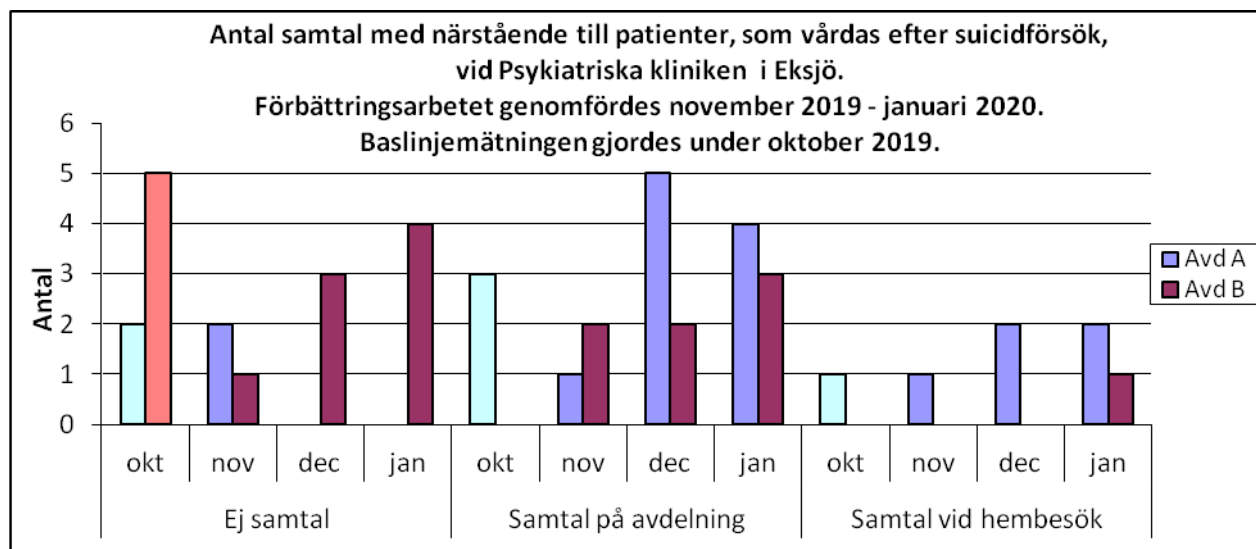
Förbättringsarbetet sker i samverkan med Psykiatriska kliniken vid Höglandssjukhuset i Eksjö.

Namn: Annica Lindström

Email: annica.a.lindstrom@rjl.se

Namn: Anneli Huhtimo

Email: anneli.huhtimo@rjl.se



Baslinjemätning oktober 2019 vid avdelning A ■ respektive vid avdelning B ■
Förbättringsarbete november 2019 – januari 2020 vid avdelning A ■ respektive vid avdelning B ■

Diagram 1. Presentation av baslinjemätning på avdelningarna A och B samt antal genomförda trestegs-samtal på avdelning A och samtal som vanligt på avdelning B under förbättringsarbetet. Samtliga vårdade patienter under respektive månad ingår i redovisningen.

Antalet genomförda samtal med närstående ökade under månaderna november 2019 – januari 2020, då metoden med trestegssamtalen testades vid avdelning A. Antalet närståendesamtal ökade också vid den andra avdelningen, där närståendesamtalen genomfördes enligt gängse rutin i förhållande till baslinjemätningen i oktober 2019.

I oktober genomfördes tre samtal med närstående på avdelning A samt ett vid hembesök. Närstående till två patienter kontaktades inte. Vid avdelning B genomfördes inga närståendesamtal under oktober månad 2019.

Ökningen av antalet genomförda samtal var som störst under månaderna december 2019 – januari 2020. Samtliga närstående erbjöds och erhöll trestegssamtal vid avdelning A antingen på avdelningen, vid hembesök eller via telefon. Vid den andra avdelningen genomfördes också fler samtal men betydligt färre än vid avdelning A, två respektive fyra patienters närstående erhöll samtal under dessa månader, men tre respektive fyra patienters närstående varken erbjöds eller erhöll några samtal vid avdelning B under månaderna december 2019 – januari 2020.

Närstående kände sig delaktiga, sedda, lyssnade på och fick stöd för egen del. Trestegssamtalet blev en modell för hur de kunde samtala med patienten, så att närheten mellan dem ökade. De närstående önskade ytterligare samtal. Även på den andra avdelningen värdesattes samtalen de närstående fått.

En sak i taget – bättre förutsättningar för god eftervård på förlossningen

Bakgrund

De första timmarna efter en förlossning är känsliga, både kvinnan och barnet behöver vård, stöd och tillsyn med täta intervall. Bland annat behöver förlossningsbristningar sys korrekt och förlossningsblödningar förhindras. Kvinnan och barnet behöver stötts till trygg hud-mot-hud vård och till amning, något som har betydelse för barnets vitalparametrar och för anknytning. Personalen har dock inte funnits hos den nyblivna familjen i tillräcklig utsträckning eftersom de haft annat ansvar parallellt. År 2019 vårdades 6961 födande på Södersjukhusets förlossningsavdelning. I förbättringsarbetets baslinjemätning (figur 1) uppgav 53 procent av barnmorskorna att de haft möjlighet att vara kvar hos de nyblivna familjerna i tillräcklig utsträckning.

Patientinvolvering

I kartläggningen inför förbättringsarbetet intervjuades fem kvinnor om upplevelsen av de första timmarnas eftervård (se citat bilaga 1). 53 kvinnor svarade också på en enkät som innehöll frågor om upplevelsen av de första timmarnas eftervård, samma enkät har sedan skickats ut efter genomförda PDSA.

Syfte och Mål

Syftet var att förbättra eftervården på förlossningsavdelningen under barnets två-tre första levnadstimmar. Målet var att 75 procent av kvinnorna skulle ha kvar barnmorska – som inte var engagerad i ny patient – timmarna efter barnets födelse och till dess att familjen var redo att lämna förlossningsavdelningen. Detta skulle vara genomfört i mars 2020.

Förändringsidé

För att förbättra tidig eftervård behövde tid frigöras för att utföra denna. Arbetsuppgifterna och betydelsen av dessa behövde tydliggöras. Tre PDSA-hjul testades bland annat med syfte att utjämna arbetsbelastningen via förbättrad kommunikation.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Kvinnornas upplevelse av timmarna efter förlossningen fångades via en enkätundersökning före och efter förändring. Andelen nyblivna familjer som fick stöd 2-3 timmar efter sin förlossning av en ostörd barnmorska mättes med pinnstatistik, initialt i en baslinjemätning och därefter under förbättringsarbetets gång (se figur 1 och tabell 1).

Resultat

Förbättringsarbetet nådde inte målet att 75 procent av kvinnorna skulle ha kvar en ostörd barnmorska 2-3 timmar efter förlossningen. Den genomsnittliga andelen kvinnor som hade en ostörd barnmorska ökade dock, från baslinjemätningens 53 procent till 70 efter förändring. Denna ökning kvarstår även då den sätts i relation till avdelningens arbetsbelastning (se tabell 1). I samtliga balanserande mått som avser kvinnans upplevelse av de första timmarna efter förlossningen – tillräckligt stöd och information, hjälp och stöd med amning, tillgänglig personal utifrån behov, tillräcklig smärtlindring – syntes en tydlig förbättring. Andelen kvinnor som var mycket nöjda med sitt välbefinnande vid tidpunkten då de flyttades till eftervårdsavdelning ökade från 73 till 90,4 procent. I mars 2020 pausades förbättringsarbetet på grund av covid-19 pandemi.

Nästa steg

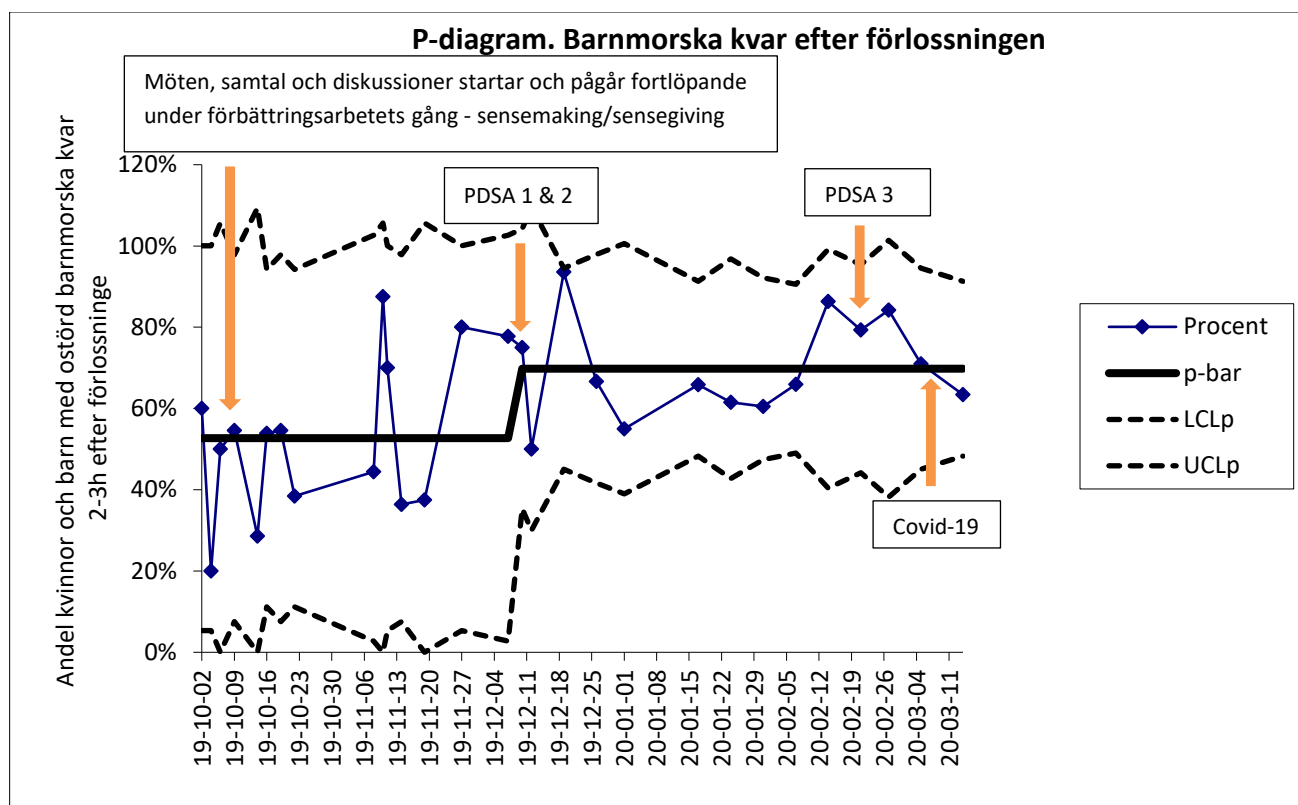
I januari 2020 uppgav endast 24 procent av nattbarnmorskorna att de haft möjlighet att vara kvar hos de nyblivna familjerna, detta att jämföra med dagpersonalens andel på 61 procent - det blev uppenbart att förändringsarbetet inte lyckats att inkludera nattpersonalen. Fokus kommer därför att läggas på att inkludera patienter och personal från dygnets alla timmar i det fortsatta förbättringsarbetet.

Bilaga 1

Citat från kartläggande intervju med kvinna som fött barn på Södersjukhuset:

”Vi trodde verkligen som att dom [personalen] var på väg ut och skulle komma tillbaka, typ hämta nånting. Men sen så kom ingen ... jag tror att vi fick ligga typ två timmar ... då tappade man lite den här...fina stunden”.

Figur 1. Kvinnor och barn med ostörd barnmorska kvar 2-3 h efter förlossning.



Tabell 1. Andel barnmorskor som arbetat ostört timmarna efter förlossningen i relation till arbetsbelastning 2019 - 2020 %.

Månad	Oktober	November	December	Januari	Februari	Mars tom 14/3
Andel kvinnor med ostörd barnmorska kvar 2-3 h efter förlossning	46	60	73	61	76	63
Förlossningar/dygn (ej el. sectio)	19,1	17,2	15,9	19,1	18,4	18,1

Faktaruta

Namn: Katarina Gröndal

Email: katarina.grondal@sll.se

Arbetsgivare: Södersjukhuset AB

Enhet: Förlossningen

Ökad tillgänglighet på en närakut – ett förbättringsarbete med syfte att minska väntetid

Bakgrund

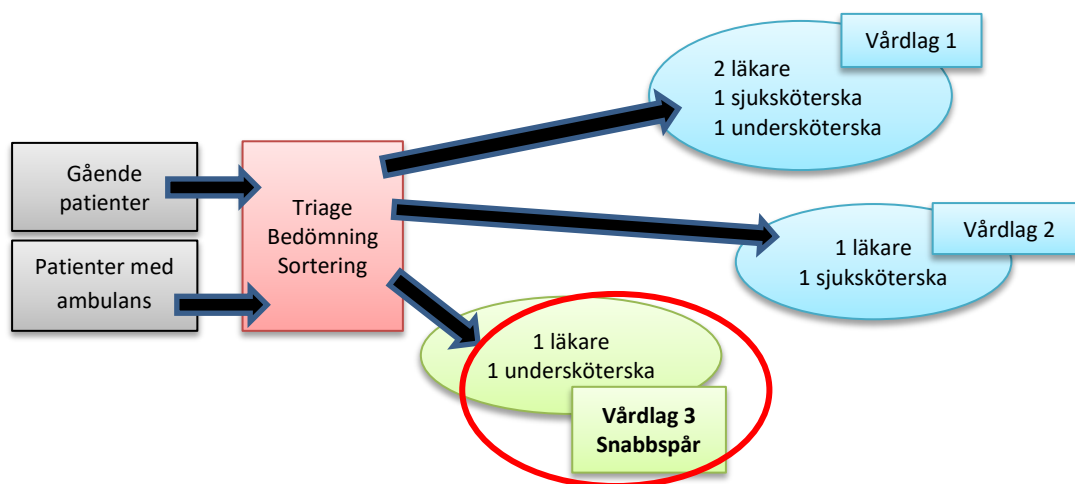
En god tillgänglighet är avgörande för vårdens kvalitet och samvarierar med högt förtroende och tillfredsställelse hos patienterna. Närakut är en ny vårdform i Region Stockholm, där omhändertas barn och vuxna med akuta sjukdomstillstånd, som inte behöver akutsjukhusets resurser. Närakuten är öppen årets alla dagar mellan kl. 8.00–22 och har tillgång till röntgen och laboratorium. Haga är en av de nyetablerade närakuterna, patienternas väntetid ökade och i februari 2019 tog det i genomsnitt 1 timme och 16 minuter att träffa en läkare. 22,7 % av patienterna fick vänta mer än fyra timmar innan de var undersökta, behandlade och utskrivna, s.k. total vistelsetid.

Syfte och Mål

Syfte var att öka tillgänglighet genom att minska väntetid, patienterna skulle uppleva en god tillgänglighet och ett högt förtroende. Det specifika målet för samtliga patienter var att innan februari 2020 minska medeltiden till 60 minuter för att träffa läkare samt att 90 % av patienterna var utskrivna inom 4 timmar.

Förändringsidé

Att skapa en särskild process ett s.k. snabbspår, för de patienter som sökte för ortopediska skador. Patienterna som sorterades till snabbspåret kunde då starta röntgenprocessen snabbare. Vi behövde förändra vårt arbetssätt genom att omfördela våra resurser, vårdlag 1 förblev intakt. Vårdlag 2 delades i två, en läkare och sjuksköterska kvarstod och utgjorde vårdlag 2, en läkare och undersköterska flyttades ut i rum närmare triage området och utgjorde vårdlag 3, det s.k. snabbspåret (inringat med rött i bilden nedan).



Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Mätning av *tid till läkare* presenteras i ett XmR, styrdiagram (diagram 1), ett medelvärde av antal minuter har summerats till ett värde för en vecka. Det andra processmättet var *total vistelsetid*, ett medelvärde av andelar patienter som väntat 0-4 timmar och >4 redovisas veckovis i ett stapeldiagram (diagram 2). Diagrammets Y-axels utgångspunkt startar vid 60 % för att förbättra visualiseringen av de två andelarna. Diagrammets data presenteras från V2 2019 till V4 2020 och har använts för att följa förbättringsprocessen över tid. Under 2019 utfördes fyra tester med snabbspåret under olika tider av öppettiden. I januari 2020 implementerades snabbspåret över hela öppettiden.

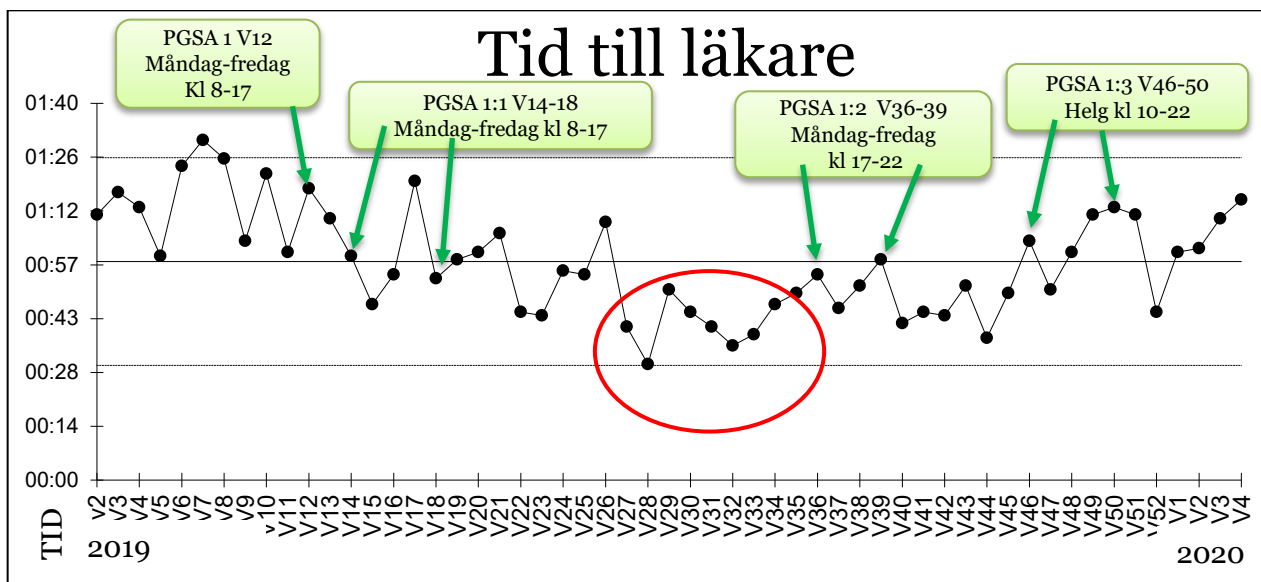


Diagram 1. Visar XmR styrdiagram av tid till läkare.

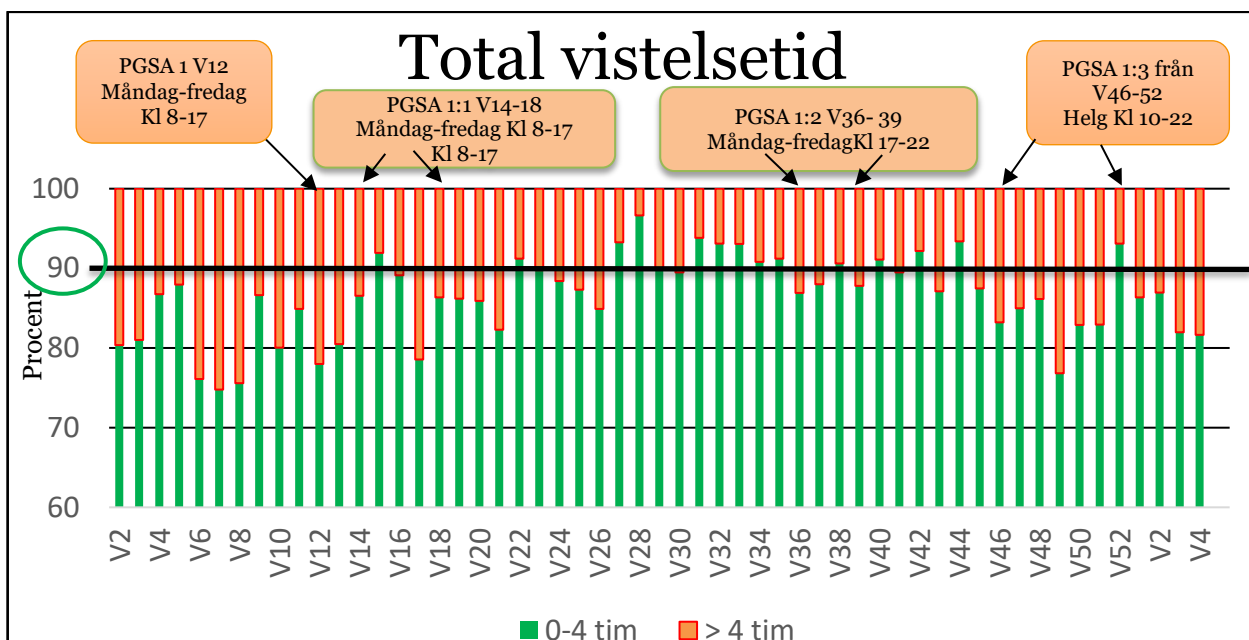


Diagram 2. Visar andelar av patienter som väntat mer än 4 timmar.

Resultat

Ett förändrat arbetssätt, till en strukturerad process som ett snabbspår, visar att *tid till läkare* minskade, från V26 ses en systematisk minskning med 9 punkter under 60 minuter. Andelar av patienter som väntade > 4 timmar, *total vistelsetid*, minskade. Mätningarna de sista veckorna visar att väntetiden inte är stabil över tid.

Nästa steg

Utbilda sjuksköterskor att skriva röntgenremiss, då det periodvis även blir kö till snabbspåret.

Faktaruta

Namn: Lotta Jirebeck

Email: lise-lotte.jirebeck@sll.se

Arbetsgivare: Stockholms Läns Sjukvårdsområde SLSO

Enhet: Närakut Haga



FOTO: Yanan Li

Together for Fulfilling Lives

Together for Fulfilling Lives is an improvement project on how enhancement methodology may contribute to fulfilling leisure activities for disabled people in a medium-size municipality in southern Sweden.

Background, Improvement Concept and Patient/Client/Customer Involvement

The improvement concept on culture and leisure activities commenced through a dialogue with clients to increase their inclusion, participation and influence in society. During the dialogue there was a questionnaire with questions, aiming at measuring the clients' requests, support, information and forward planning as to culture and leisure activities, see Figure I, Chart 1. To create a supporting environment, enabling better conditions to evolve our work we need to introduce new knowledge of the enhancement methodology in our unit.

Purpose and Goal of the Improvement Project

The general purpose of the improvement project was to let disabled people experience an interesting and appealing culture and leisure life, enabled by the community we live in. The effect the improvement project would have on the clients concerned is including the clients in the social life of society through a more fruitful leisure time. The Social Welfare Board has set a goal for 2019 that every client shall be offered at least one individual and one social culture and leisure activity weekly, between January 1 and December 31.

With the general goal taken into account, the SMART goal is described as follows:

All clients in the assisted living facility *shall be offered* at least one culture and leisure activity weekly between January 1 and December 31.

What Changes Can Lead to Improvement and how are we to see it?

Based on the clients' points of view and requests two proposals for change were visualized with PDSA cycles, see Figure II (Attachment 1). Figure II shows the first PDSA cycle and the introduction of a leisure assistant. The second PDSA cycle describes purchasing a whiteboard and finding a physical place in the joint room disposed by both clients and staff. The third PDSA cycle continues the second one. This means furthermore structure and forward planning and this resulted in a fixed day per week for inventory of the clients' requests and planning for activities. Thursday is our inventory day with group activities. The fourth PDSA cycle describes continuous development and future improvement regarding group activities. Coordination of activities together with our units is a challenge as well as the next step of improvement and is described in the fifth PDSA cycle. The proposals have been registered and the result has been evaluated.

Result and Next Step – more cooperation with other units

The number of offered group activities during 2019 was reached in accordance with the SMART goal. Another conclusion is that the variety of activities on offer was broadened due to the possibility to offer activities taking place in another unit. December 2019 three clients from the unit participated in a leisure activity in another unit.

The inventory of the clients' requests and co-planning together with another unit had positive impact on the result of the improvement. This fuels the next step, featuring co-planning with several other units within the department. It is a huge challenge to get several units motivated to simultaneously spread good results further down the road of evolvement.

Faktaruta

Name: Amela Johansson

Email: amela.johansson@jonkoping.se

Employer: Jönköping Municipality

Unit: Social Services

Attachment 1

Figure I: consists of two bars, a green and a blue one, describing the answer to each question. The green bar describes the goal for 2019 and the blue bar describes the result for the first half of the year, 2019. The gap between the goal and the result based the analysis of the need of change and improvement proposals that later was put into several PDSA cycles.



Figure I: Clients' experiences of requests, needs, information and forward planning regarding cultural and leisure activities, March 2019. Number of respondents: five of six clients.

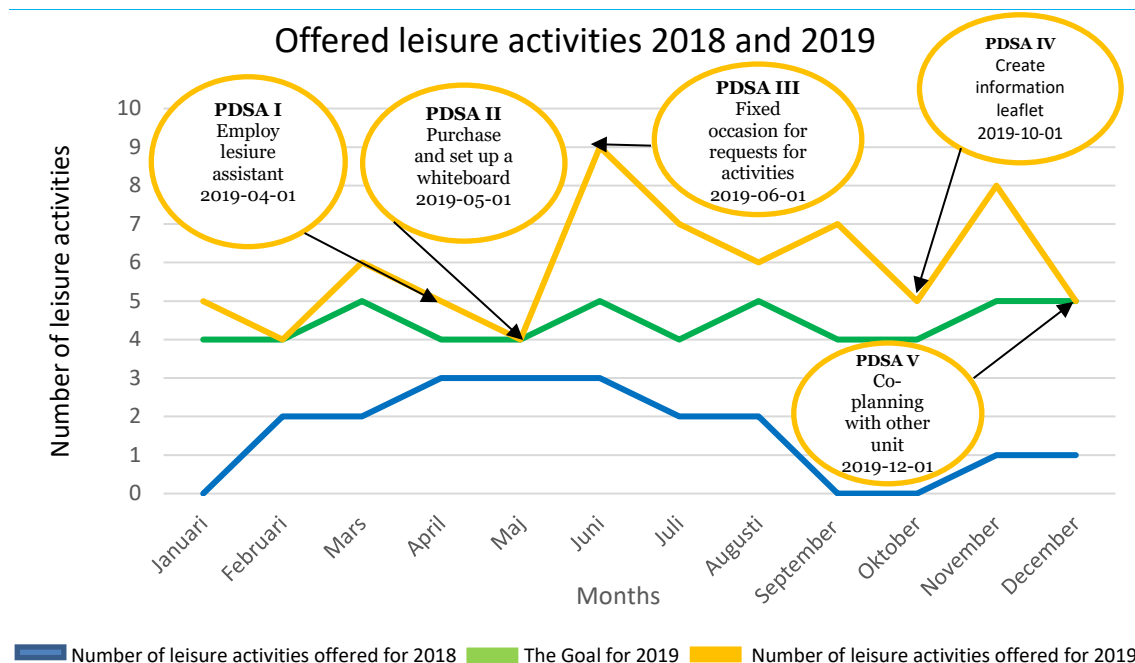


Figure II: Shows the number of group activities offered from the 1 of January 2018 to the 31 of December 2019 as well as the goal, which is at least one cultural and leisure time activity every week.

Nu vet jag att ni har koll

- tillämpning av symtomskattning i team inför fördjupad läkemedelsgenomgång i hemsjukvård

Bakgrund

Många patienter drabbas av undvikbara vårdskador i hemmet, där läkemedelsbehandlingen är en av de vanligaste orsakerna. Problemet är komplext och möjliga orsaker kan vara:

- Svårigheter att ta vara på patientens egen kraft och förmåga
- Svårigheter att bilda vårdteam över organisatoriska mellanrum
- Ojämnt fördelad kunskap

Allt fler äldre får vård och omsorg i ordinärt boende. I Sverige omfattade kommunal vård- och omsorg nästan 410 000 patienter år 2019. I hemsjukvården i Bollnäs kommun finns drygt 220 inskrivna patienter.

Symtomskattning av läkemedelsrelaterade problem inför fördjupad läkemedelsgenomgång genomförs av sjuksköterska men inte systematiskt i team med undersköterska i Bollnäs kommun. Syftet med fördjupade läkemedelsgenomgångar är att optimera patientens läkemedelsbehandling genom att förebygga och åtgärda läkemedelsrelaterade problem.

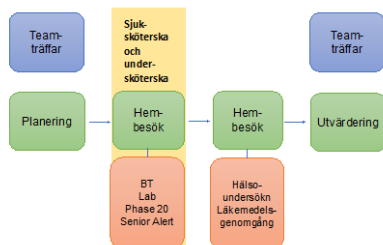
Syfte och Mål

Det övergripande syftet är att öka patientsäkerheten genom att förebygga undvikbara läkemedelsbiverkningar och vårdskador för patienter inskrivna i hemsjukvård.

Syftet med förbättringsarbetet är att systematiskt tillämpa strukturerad symtomskattning med hjälp av Phase 20 i team mellan undersköterska och sjuksköterska inför fördjupad läkemedelsgenomgång i hemsjukvård i Bollnäs kommun.

Förändringsidé

Hälsa kan bäst beskrivas av personen själv med hjälp av dem som vårdar närmast. Inför fördjupad läkemedelsgenomgång i samband med årsbesök tillfrågas patienten om läkemedelsrelaterade problem med hjälp av validerad symtomskattning Phase 20 i team mellan undersköterska och sjuksköterska.



Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Som processmått mättes antal fördjupade läkemedelsgenomgångar vid hembesök, som föregåtts av symtomskattning i team mellan patient, undersköterska och

sjuksköterska samt antal läkemedelsförändringar per patient, genomförda under en månad efter fördjupad läkemedelsgenomgång. Läkemedelsförändring (LMF) definierades som de åtgärder som initierades i samband med den fördjupade läkemedelsgenomgången för att förebygga eller åtgärda läkemedelsrelaterade problem, t ex dosökning, dosminskning, utsättning eller insättning av läkemedel eller förändring av läkemedelsform.

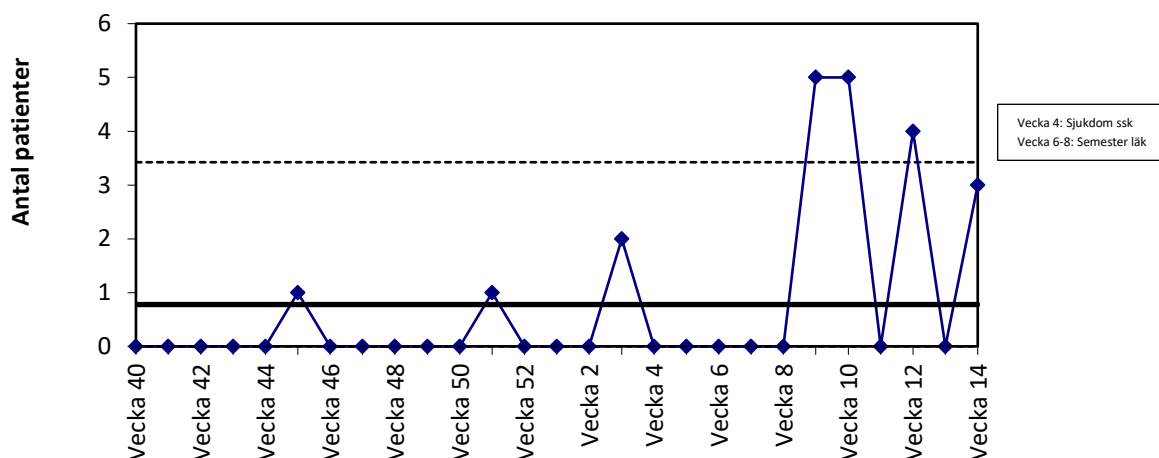
Resultat

"Nu vet jag att ni har koll" – citat från en av de äldre inskrivna i hemsjukvård i Bollnäs kommun vid hembesök av undersköterska och sjuksköterska inför fördjupad läkemedelsgenomgång, december 2019.

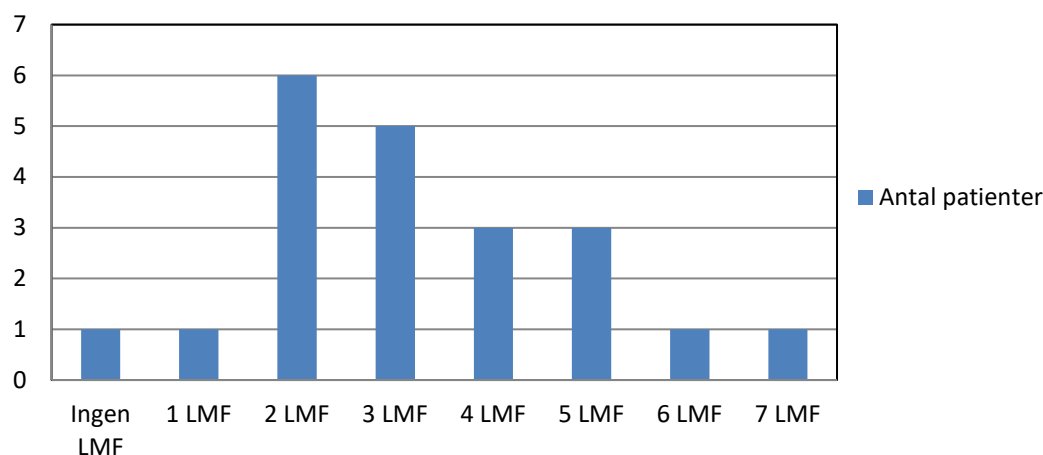
Test av det förändrade arbetssättet genomfördes under vecka 45 och 51, 2019. PDSA-cyklerna inkluderade två sjuksköterskor och två undersköterskor. Utvärderingen omfattade värde i arbetet, meningsfullhet och förbättringsmöjlighet. Som resultat, beslutade styrgruppen att inkludera samtliga sjuksköterskor och undersköterskor i hemsjukvården i Bollnäs tätort från och med vecka 3, 2020. Totalt genomfördes 35 symtomskattningar och läkemedelsgenomgångar under perioden v 45 2019 – v 14 2020. Majoriteten (21/35) genomfördes i samarbete mellan undersköterska och sjuksköterska. Övriga symtomskattningar genomfördes av sjuksköterska (13) eller undersköterska (1) tillsammans med patient. Genomförda fördjupade

läkemedelsgenomgångar resulterade i tre läkemedelsförändringar (medianvärde) vid uppföljning en månad efter fördjupad läkemedelsgenomgång med symtomskattning i team. Som intressant fynd noterades att sex (6) fördjupade läkemedelsgenomgångar med symtomskattning i team genomfördes tillsammans med läkare vid en annan hälsocentral under studieperioden. Dessa inkluderas inte i diagrammen nedan.

Antal patienter delaktiga i symtomskattning av sjuksköterska och undersköterska i team innan fördjupad läkemedelsgenomgång, n=21



Antal patienter med läkemedelsförändringar (LMF) en månad efter fördjupad läkemedelsgenomgång, n=21



Nästa steg

Små vardagsnära förändringar som upplevs värdefulla i arbetet med patient sprids och utvecklas, till synes av sig självt. De förändrade arbetssätt som testas och fortsätter att utvecklas under en pandemi med en sotsvart bakgrund, är ett avstamp och en möjlighet till något nytt. Det blir något annat än vi trodde från början. Det kommer att bli roligt att arbeta vidare tillsammans med sjuksköterskor, undersköterskor och patienter i en ny verklighet och utveckla det som gör skillnad.

Faktaruta

Sofia Jonsson, leg apotekare

sofia.jonson@bollnas.se

Hemsjukvården, Bollnäs kommun

Säker uppväxt för vartenda barn

Bakgrund

Sjuksköterskorna inom Barnhälsovården i Jönköpings län identifierar familjer i behov av riktat stöd på olika sätt. Ofta finns det en oro hos BHV-sjuksköterskan kring familjen, en magkänsla av att det är någonting som inte riktigt står rätt till. Det framkommer att det idag finns sparsamt med evidensbaserade arbetssätt hur man tidigt identifierar barn och familjer i behov av extra stöd inom barnhälsovården. Hur familjerna identifieras är idag till stor del en subjektiv bedömning utifrån sjuksköterskans erfarenhet och i det sammanhang hon befinner sig i, vilket gör att idag identifieras barn som löper risk för att hamna i ohälsa olika.

Kundinvolvering

Kontinuerliga mätningar/intervjuer har skett under förbättringsarbetsgång för att fånga in deras upplevelser av att använda sig av Safe Environment For Every kid (SEEK) om metod.

Syfte och Mål

Övergripande mål för förbättringsarbete

Bidra till en god och jämlik hälsa för barn och familjer som behöver extra stöd genom att införa standardiserade arbetsmetoder för att identifiera barn och familjer som riskerar att hamna i ohälsa, samt erbjuda dem utökat stöd inom ramen för Familjecentralen.

Mål förbättringsarbete

Att införa ett systematiskt arbetssätt som identifierar familjer som är behov av särskilt stöd samt införa ett utökat stöd utifrån modellen SEEK.

Smarta mål:

- Att SEEK modellen används vid 90% av hälsobesöken för barn i åldrarna 8 veckor, 8-10 månader, 18 månader, 2 ½ år och 4 år. (mellan 1 oktober 2019 tom 31 mars 2020)
- Öka antalet riktade hembesök från och med 1 oktober 2019 till 31 april 2020.
- Att 100% av föräldrarna förstår syftet med formuläret SEEK, förstår frågorna och tycker att det är lätt att fylla i.

Förändringsidé

Genom att erbjuda ett standardiserat frågeformulär för att identifiera barn som riskera att fara illa till alla barn 0-6 år på barnhälsovården så erbjuds en jämlikare barnhälsovård, fler barn identifieras och får ta del av barnhälsovårdens utökade hembesöksprogram. Detta kommer att testas på två pilotenheter.

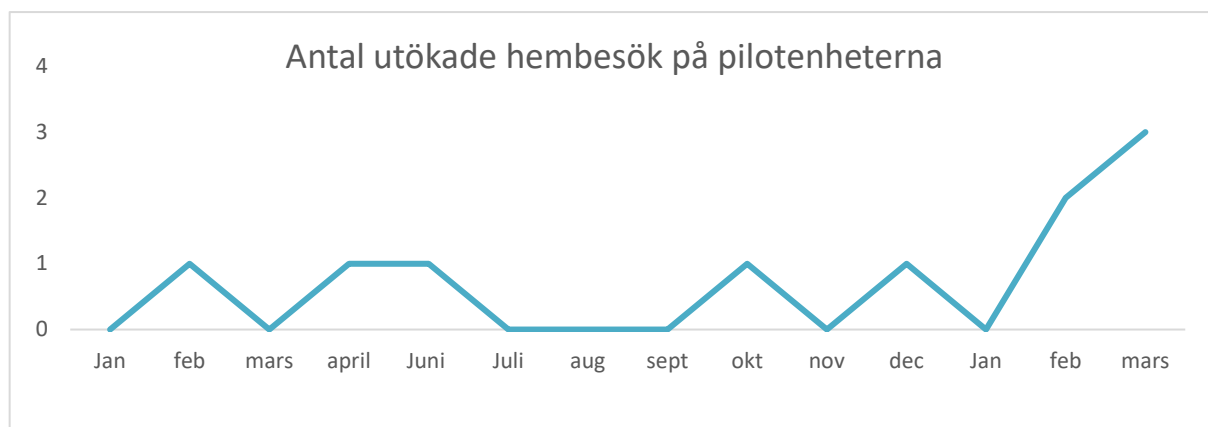
Resultat

Förbättringsarbetets baslinjemätning visade inte någon markant skillnad i antal utökade hembesök (se figur 1), dock har det vid intervjuerna i studien framkommit att SEEK har andra fördelar och bidrag till en ökad samverkan på familjecentralen. I figur 2 visar sig antal utförda SEEK per månad vilket visar att införandet varit lyckat och att ett av förbättringsarbetet smarta mål uppnåtts. I figur 3 kan du se att föräldrarna till förstod syftet med formuläret.

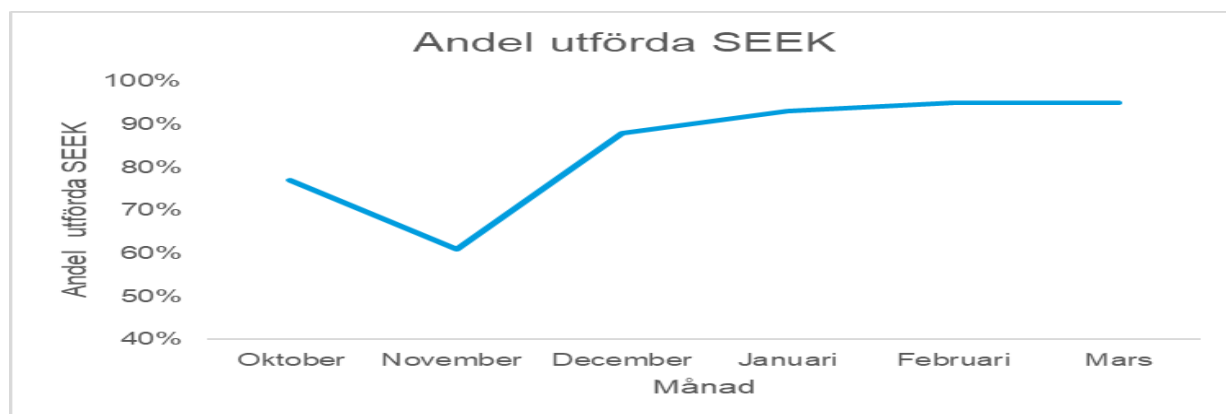
Nästa steg

SEEK kommer att breddinföras i övriga länet där erfarenheter av förbättringsarbetet kommer tas tillvara.

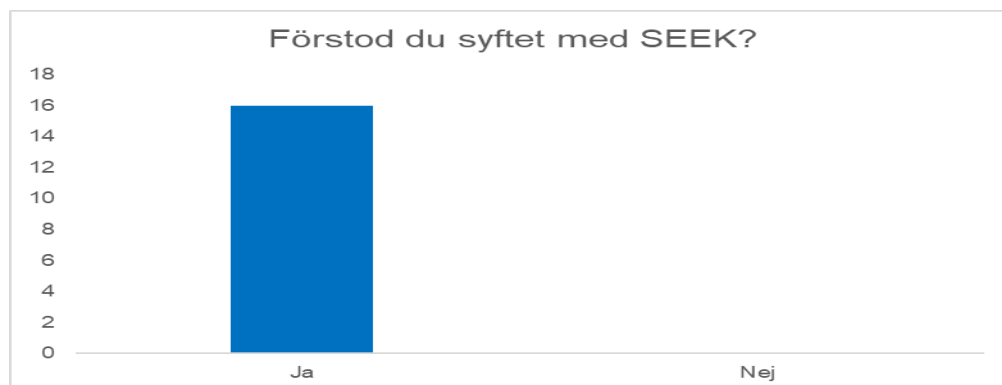
Figur 1: Visar antal utökade hembesök på enheterna



Figur 2: Beskriver antal utförda SEEK mellan perioden 1 oktober till 31 mars.



Figur 3 Beskriver antal föräldrar som förstod syftet med SEEK



Faktaruta

Namn: Martina Larsson

Email: martina.s.larsson@rjl.se

Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Kommunalutveckling

Koordinering mellan fyra mikrosystem på Skaraborgs sjukhus ökar patientsäkerhet för cancerpatienten

Bakgrund

Vid kirurgkliniken på Skaraborgs sjukhus Skövde, finns det patienter med diagnostiserad cancersjukdom som inte har skriftlig individuell vårdplan, trots att det är en av förutsättningarna för samverkan i och mellan de involverade mikrosystemen (kirurgmottagningen, onkologmottagningen, kirurgavdelningen och palliativa enheten) utifrån patientens behov. 2018 skedde en ökning av oplanerade inläggningar på kirurgavdelningen av cancersjuka patienter jämfört med året innan. Patientens kontaktsjuksköterska hinner inte alltid att upprätta/ uppdatera vårdplanen och koordinering av vårdinsatser blir inte alltid optimala. De fyra mikrosystem, som patienten kom i kontakt med under sin vårdresa saknade tydlig koordinering och samverkan, detta kunde visa sig i att patienten lades in akut på kirurgavdelningen för orsaker (nutritionsbrist, smärtlindring, blodtransfusion) som kunde förebyggts genom bättre koordinering och samverkan.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

För att ta reda på hur patienter upplevde cancervården genomfördes en fokusgruppsintervju med fyra patienter. Dessutom hämtades resultat från Nationella patientenkäten som kunde visa vilka utvecklingsområden som var mest angelägna att arbeta vidare med. Flera patienter betonade vikten av att vården skulle upplevas som sammanhållen, för att upplevas som trygg.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att få patienter med kirurgisk cancer att känna sig mer delaktiga i sin vård och att vården upplevs som sammanhållen och trygg. Intervjuer med patienter i verksamheten pekade på att vården upplevdes som sammanhållen och trygg, när de olika delarna i vården samarbetade utifrån en koordinerad, personcentrerad vårdplan. Enligt tidigare studier medför förbättrad koordinering också färre oplanerade inläggningar. Därför sattes målet; att öka tryggheten hos patienter med cancersjukdom genom att utveckla och koordinera samarbetet mellan mikrosystemen. Delmål för förbättringsarbetet var att därigenom också minska andelen oplanerade inläggningar för patienter med cancer från 15,9% till 10% och öka andelen patienter inskrivna i palliativ vård från 20% till 30 %, fram till 1 april, 2020.

Resultat

Grunden för förbättringsarbetet var att samla medarbetare från de fyra mikrosystemen för att lösa ett gemensamt problem för den gemensamma patienten. Antalet inläggningar minskade en period under hösten 2019, för att sedan öka runt årsskiftet och de första tre månaderna (figur 1), för att sedan sakta gå ner under april månad. Ett av målen var även att öka antalet patienter inskrivna i palliativa teamet, figur 2 visar snarare att antalet remisser minskar. Det fanns flera orsaker till att förändringen inte ledde till förbättring under mätperioden. Ett lösningsförslag, att förenkla den palliativa remissen för remittenten, visade sig inte var genomförd utan blev klar först i slutet av mars 2020. Uppföljningen av de olika lösningsförslagen har kommit i skymundan under våren 2020 på grund av Coronapandemin. Det är fortfarande oklart om förändringarna ledde till minskade oplanerade inläggningar.

Intressant var att utifrån förbättringsarbetet har samverkan mellan mikrosystemen ökat, nu genomförs regelbundna möten kring den gemensamma patienten.

Förändringsidé



5 stycken Workshops genomfördes, där medarbetare från alla mikrosystemen träffades. Utifrån brainstorming kring problembilden grupperades orsaker i släktskapsdiagram och tillsammans tog gruppen fram fem lösningsförslag som testades PDSA-hjul.



1. Övergripande Rutin och riktlinje



2. Patientinformation



3. Checklista för att identifiera rätt vårdnivå

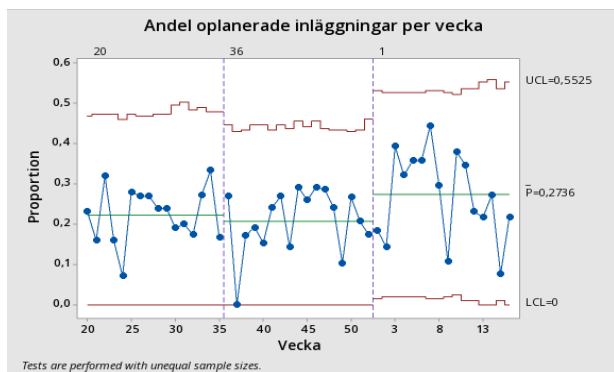


4. Aktiva Överlämningar

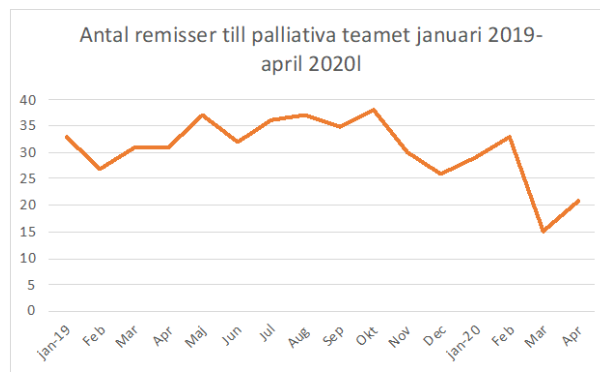


5. Förbättrad remiss till palliativa teamet

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?



Figur 1. P-Chart över antal patienter per vecka som läggs på kirurgavdelningen i Skövde 14/5 2019-31/3 2020.



Figur 2. Tidsseriediagram över antal remisser till palliativa in teamet per månad

Nästa steg

Fortsatt arbete med att utveckla samverkan inom verksamhetsområdet samt även involvera kommun och primärvård.

Faktaruta

Namn: Kristina Lifvergren

Email: kristina.lifvergren@vgregion.se

Arbetsgivare: Västra Götalandsregionen, Skaraborg sjukhus

Enhet: K2; Kirurgi-, urologi-, onkologi- och palliativ vård

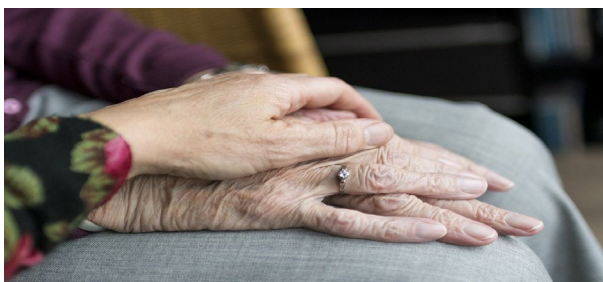


Foto: Region Stockholm

Faktaruta

Namn: Camilla Lindell
Email: camilla.lindell@sll.se
Arbetsgivare: Medicinkliniken,
Danderyds Sjukhus AB

Förbättrad smärtbedömning för patienter inom palliativ vård på akutsjukhus

Bakgrund

Utgångspunkten var att endast 37 % av patienterna som avled på vår klinik smärtskattades med Numeric Rating Scale (NRS)/ Visuell Analog Skala (VAS) alternativt Abbey Pain Scale under deras sista vecka i livet och att det heller inte fanns någon konsensus om var smärtskattning skulle registreras. Registreringar kunde göras på flertalet ställen i journalerna så det var svårt att veta om patienten var smärtlindrad.

Förbättringsarbetet har genomförts på tre av sju avdelningar inom Medicinkliniken; lungmedicin, intermediärvårdsavdelningen samt medicinsk äldrevårdsavdelning. Under år 2019 avled 350 patienter på dessa tre avdelningar vilket står för ungefär 65 % av sjukhusets samtliga avlidna.

Patientinvolvering

Samtal med fem närstående och en patient i det palliativa skedet hölls för att belysa delar i den palliativa vården. Frågorna rörde nöjdhet med vården, om de hade fått den information som de tyckte de behövde, hur de upplevde symtomlindringen samt om det var något de saknade med vården.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att förbättra omhändertagandet av palliativa patienter i det sena skedet av palliativ vård på ett akutsjukhus.

SMART MÅL: Från och med 1 februari 2020 ska de som avlider på de tre avdelningarna:

- 90 % vara smärtskattade med NRS/ VAS alternativt Abbey Pain Scale under sista veckan i livet samt vara adekvat smärtlindrade det vill säga skatta sig 3 eller mindre på NRS alternativt 7 eller mindre enligt Abbey Pain Scale.
- 90 % av patienter/närstående ska erhålla ett brytpunktsamtal
- 75 % av närstående ska erbjudas ett efterlevandesamtal
- Täckningsgraden i palliativa registret skall också uppgå till 90 %

Förändringsidé

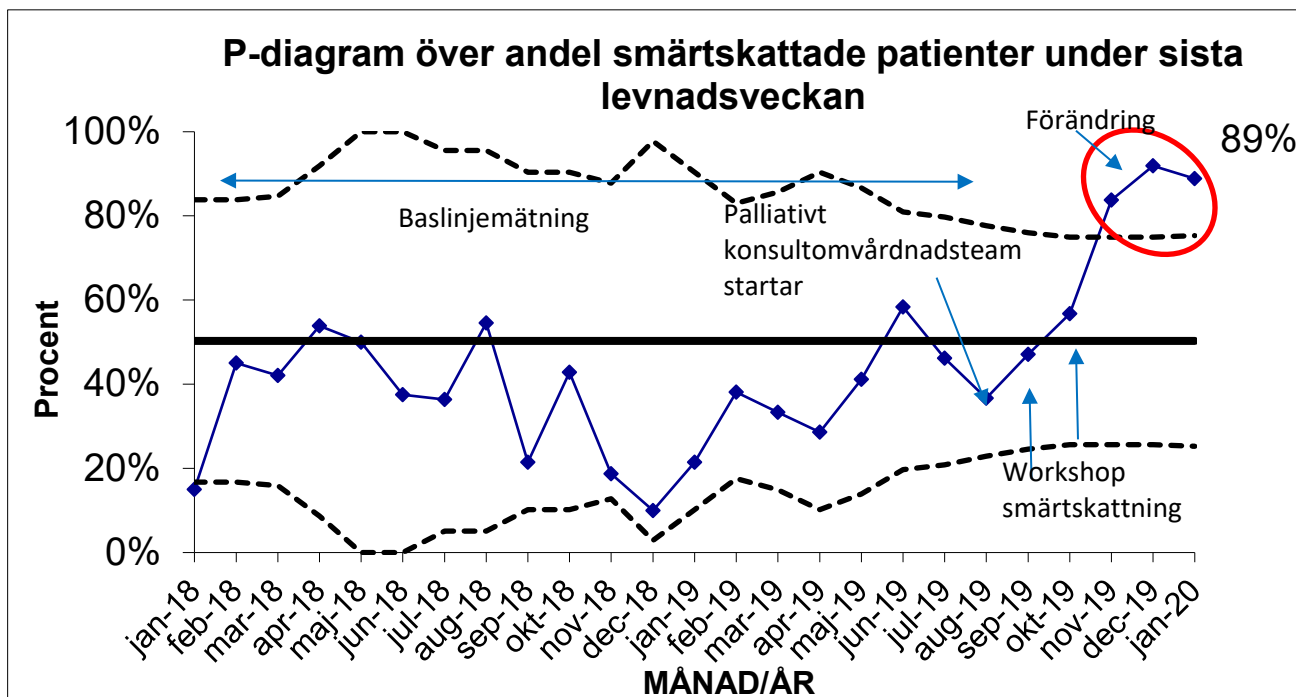
Infört arbetssätt så att patienterna smärtskattades för att få bättre smärtlindring och en förbättrad palliativ process för bättre palliativ vård.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

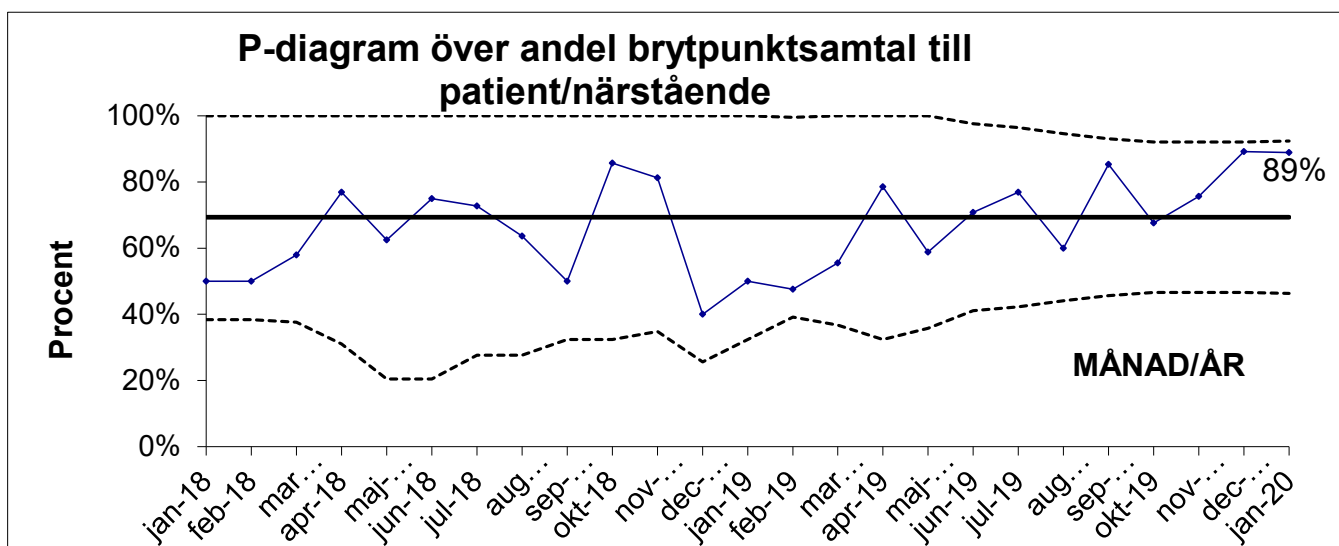
Genom att utgå från Nolans förbättringsmodell och tester i liten skala med PDSA. För att se om uppsatta mål uppnås har kontinuerliga mätningar genomförts med syfte att följa data från Svenska palliativregistret och Qlickview, ett uppföljningsprogram på sjukhuset. Därefter analysera styrdiagrammen och hur variationen ser ut. I figur 1 ses en förändring när de tre sista mätpunkterna har gått över den övre styrgränsen. Strukturerad journalgranskning har genomförts för att kunna jämföra smärtregistreringar före och efter en intervention.

Resultat

100 % av patienterna registreras i Svenska palliativregistret. Fler patienter smärtskattades, 89 % (se figur 1). Antalet journalanteckningar avseende smärta ökade med 21 % från hösten 2018 till hösten 2019. Nio procent av de smärtskattade patienterna som avlidit hade skattningar som var högre än 3 med VAS/NRS eller högre än 7 med Abbey Pain Scale. Andelen brytpunktsamtal (se figur 2) har ökat till 89 % så fler patienter/närstående kan planera sista tiden. Av de närstående erbjuds 92 % efterlevandesamtal. Generellt sett var både patienten och de närstående nöjda med vården de fått på dessa avdelningar. De förbättringar som identifierades var inom kommunikation men även önskemål om enskilda rum.



Figur 1: Andel smärtskattade patienter under sin sista vecka i livet. Två utbildningstillfällen (workshop) per enhet hölls för personalen på avdelningarna under september och oktober gällande smärtskattningar.



Figur 2: Andel patienter/närstående som har haft ett brytpunktsamtal.

Nästa steg

Förbättra kommunikationen till patient/närstående och i teamet samt fortsätta trycka på utvärdering av de höga smärtskattningsvärdena (> 3 med VAS/NRS eller > 7 med Abbey Pain Scale). Identifiera fler avdelningar som behöver palliativa ronder på sjukhuset. Initiera samarbete med boenden i kommunerna tillsammans med Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och specialiserade palliativa enheter.

Flytta operationsresurser till patienten istället för att flytta patienten till operation



Bakgrund

På Södersjukhusets förlossningsklinik ägde 6348 vaginala förlossningar rum under 2019. Vid en förlossning uppstår det ofta en bristning i vagina. De flesta grad II bristningar sys på förlossningsrummet, men 121 av de nyblivna mödrarna var i behov av spinalanestesi (SPA) och flyttades till operationsavdelningen för att sy bristningen. Vid förflyttningen uppstår

en separation mellan mor och barn, då barnet blir kvar med den andra föräldern på förlossningsavdelningen (se karta ovan). Separationen sker trots att evidens finns som visar på hur viktig denna tid är för både amning och anknytning.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

För att vägleda utvecklingen av arbetssättet bad förändringsledaren några nyblivna mödrarna och deras partner att delge sin upplevelse. Efter överenskommelse användes deras berättelse för att stärka personalens motivation till det nya arbetssättet. Berättelserna delades som citat på en poster eller film som visades för personalen vid introduktion av det nya arbetssättet (citat i bilaga).

Syfte och mål

Syftet med förbättringsarbetet är att mor och barn inte separeras när modern är i behov av SPA då en grad II bristning ska sys.

Det SMARTa-målet var att från 3 februari 2020, ska 80 % av sutureringarna av en okomplicerad bristning grad II utföras i SPA på förlossningsrummet, för att främja vård hud-mot-hud.

Förändringsidé

Förändringsidén var att nyblivna mödrar med okomplicerad grad II bristning i behov av en SPA, får det på förlossningsrummet istället för operationsavdelningen, för att minska separationen mellan mor och barn.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att följa upp och visualisera nyckeltal i förändringsarbetet används det balanserade styrkortet som tillför mått från fyra olika perspektiv, så som det finansiella, kunderna, medarbetarna och processen.

Resultat

Alla nyfödda barn har tidigare separerades från sin mor, när modern fördes till operationsavdelningen för att suturera bristning i SPA, således är baslinjemätningen noll antal barn. Med det nya arbetssättet har 19 barn vårdats hud-mot-hud med sin mor (figur 1). I de uppföljande samtalen med de nyblivna föräldrarna var övervägande delen mycket nöjda (numerisk skala 8-10) över att få vara tillsammans (figur 2). Vid samtal med personalen framkom att det tycker att arbetssättet är mycket bra då det minskar separationen mellan mor och barn. Arbetssättet bidrar även till att klinikens resurser reduceras (figur 3).

Nästa steg

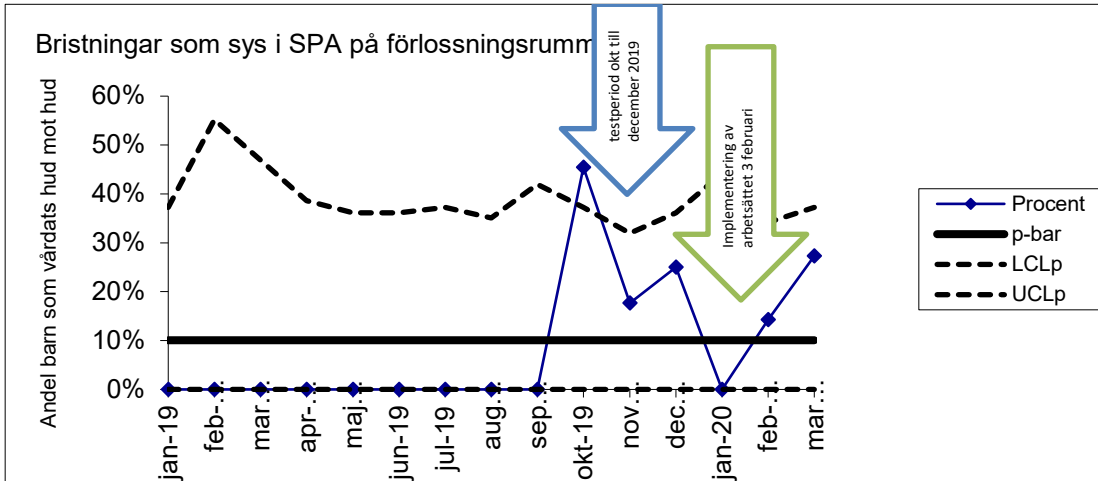
Det nya arbetssättet fortskrider, med månatlig uppföljning av antal SPA på förlossningsrummet. Under våren 2020 har kollegor från andra förlossningskliniker i Stockholm informerats om det nya arbetssättet.

Faktaruta

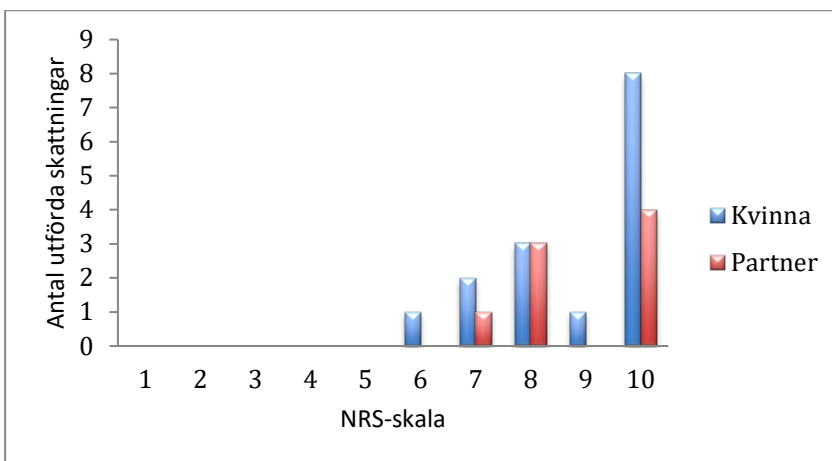
Namn: Karin Lundin
Email: karin.e.lundin@sll.se

Arbetsgivare: Södersjukhuset
Enhet: Kvinnokliniken/förlossningen

En patientberättelse om det nya arbetssättet, "Det var jättebra, jag fick vara tillsammans med min dotter och min partner. Det var tryggt att vara kvar på förlossningssalen med personalen som var med under förlossningen, som man känner. Skönt att slippa transporten in till operationssalen och att slippa vänta, som jag förstod skulle jag få vänta 6-7 timmars för att få sy inne på operation. Hade allt dragit ut på tiden hade vi nog inte kommit hem så fort, utan troligtvis varit kvar längre på BB. Jag har en tidigare erfarenhet att sy bristning på operationssal det var bra men detta var ännu bättre".



Figur 1. Andel barn som vårdats hud mot hud då bristningen sys i SPA på förlossningsrummet. Baslinjen före oktober 2019 är noll då samtliga barn tidigare separerats från sin moder. Under januari 2020 sammanställdes resultaten av testperioden och arbetssättet fastställdes, med implementering under februari 2020.



Figur 2. Under oktober 2019 till mars 2020 har 15/16 nyblivna mödrar har tackat ja till ett uppföljande samtal. De nyblivna mödrarna som sytt sin grad II i bristning i spinal på förlossningsrummet har skattat sin upplevelse utifrån en numerisk skala där 1 är värsta tänkbara upplevelsen och 10 är den bästa tänkbara upplevelsen. Åtta partners har skattat sin upplevelse. Bortfallet av partners beror på att de inte var på avdelningen när förändringsledaren träffade modern eller att samtalet har skett via telefon.

	Bristnings som sys i operationssal (op.sal)	Bristning som sys på förlossningsrummet
Väntetid (median) från födsel tills att bristningen börjar sys.	252 minuter	126 minuter
Den totala tiden personalåtgång	334 minuter	160 minuter
Rumsåtgång i tid	förlossningsrum 81 minuter op.-sal 70 minuter	förlossningsrum 55 minuter op.-sal 0 minuter

Figur 3. En jämförelse då bristningen sys inne på förlossningsrummet med att sy bristningen på en operationssal, över väntetiden från födelse till det att bristningen sys samt reduktion av klinikkens resurser.



Raka vägen till raka tänder

Förbättring av bettfeldiagnostik och tandreglering för barn och ungdomar i allmäntandvården

Bakgrund

Att utföra tandregleringsbehandling vid rätt tidpunkt är viktigt för största nytta för patienten samtidigt som risker och kostnader minimeras. Bettfel är vanligt förekommande men alla behöver inte behandlas. Utöver regelbunden tandhälsoundersökning får knappt hälften av alla barn ytterligare en bedömning av bettet vid en konsultation med tandregleringsspecialist. I växelbettet när mjölkänderna byts ut, är målet att alla vuxentänder kan komma fram utan skada på intilliggande vävnader och att möjliggöra fortsatt gynnsam ansiktstillväxt. Behandling i växelbettet utförs ofta i allmäntandvården med hjälp av tanduttagningar eller avtagbar tandställning. Andra bettfel behandlas mest effektivt med fastsittande tandställning ("räls") av tandregleringsspecialist när alla vuxentänder kommit fram i tidiga tonåren.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

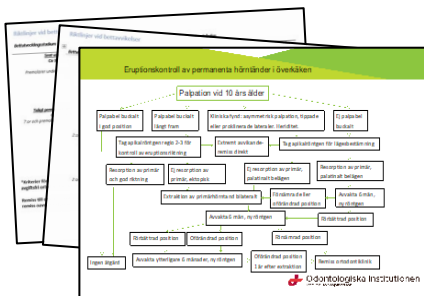
Patientens intressen har beaktats utifrån kännetecknen för god tandvård. Tandregleringsbehandling ska vara individanpassad, kunskapsbaserad, säker, effektiv, jämlik och tillgänglig.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet är att på ett mer resurseffektivt sätt än tidigare identifiera och behandla patienter i behov av tandreglering. Målet är att öka tillgänglighet till tandvården och erbjuda bästa möjliga behandling till minimerad risk och kostnad till de barn som bäst behöver den.

Förändringsidéer

Att ge stöd till tandläkaren för att diagnostisera bettfel och ta beslut angående tidiga interventioner.
Att förbättra strategi för vilken behandling som utförs och av vem.



Riktlinjer för bettfeldiagnostik och behandling i allmäntandvården utformades av tandregleringsspecialister. Riktlinjerna omfattar de vanligaste bettfelen, förslag till åtgärd samt vilket underlag som behövs vid konsultation med tandregleringsspecialist.

Konsultationer med patient närvarande togs bort. Fokus läggs på att stötta allmäntandläkaren till att ansvara för vården tills patienten remitteras till specialistavdelning.

Konsultationer via remiss testades under augusti – december. Därefter ändrades konsultationer till ett möte mellan allmäntandläkaren och tandregleringsspecialisten för att öka möjlighet till dialog och kunskapsutbyte. Mötet utförs personligen eller digitalt (se foto).

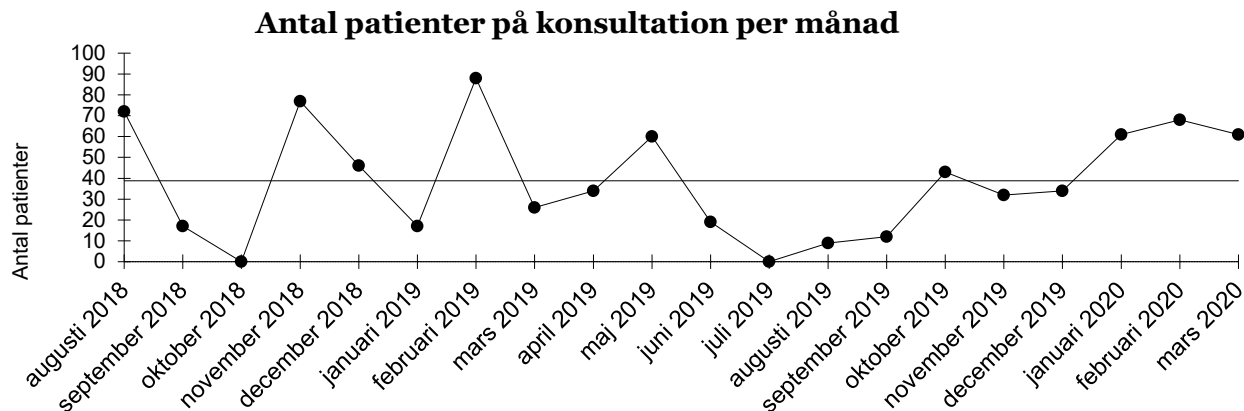
Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Antal patienter där tandläkaren behöver konsultera tandregleringsspecialist mättes för att ge indikation på om riktlinjerna hjälper tandläkaren att ta beslut. Tidsåtgång för konsultationer på specialistkliniken mättes för att undersöka effekt på tillgänglighet.

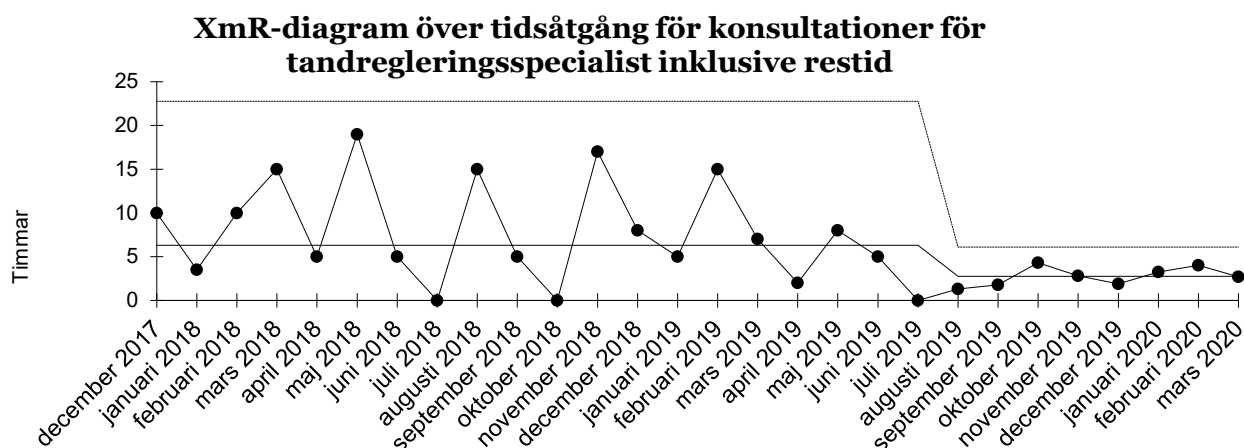


Resultat

Riktlinjer och konsultationsremisser infördes i augusti 2019 på 3 kliniker. I januari infördes konsultationsmöten. Antal patienter på konsultation minskade initialt men ökade igen i januari, se figur 1. Den tid som tandregleringsspecialisten lagt på konsultationer minskade och detta var bestående trots att antal patienter inte fortsatte minska, se figur 2.



Figur 1. Antal patienter där tandregleringsspecialist konsulteras.



Figur 2. Tidsåtgång för konsultationer för tandregleringsspecialisten mätt i antal timmar per månad.

Nästa steg

Projekttiden inom ramen för masteruppsatsen är för kort för att arbets sättet ska ha satt sig helt i verksamheten. För utvärdering av effekter pga. ändrad behandlingsstrategi krävs en längre tidsperiod. Arbete med detta kommer fortsätta framöver. Spridning till fler kliniker med anpassning efter lokala förutsättningar planeras på sikt.

Faktaruta

Namn: Karolina Mikkela Stange

Email: karolina.mikkela.stange@rjl.se

Arbetsgivare: Folk tandvården Region Jönköpings län

Enhet: Avdelningen för ortodonti, Nässjö.

Förbättring av genomförandeplaner för barn med funktionshinder genom co-production med familjerna

Bakgrund

Förbättringsarbetet genomfördes på ett korttidshem i Halmstad. Boendet har 13 inskrivna barn och 4 platser som fylls på enligt rullande schema. Inkomna avvikelser från föräldrar visade att barnens genomförandeplaner inte är individanpassade. Kartläggning av nuläge visade att familjerna önskade större delaktighet kring barnens situation och ville kunna framföra deras synpunkter.

Kundinvolvering

Familjernas involvering skedde under möten som var uppsatta gällande genomförandeplaner (GFP).

Syfte och Mål

Förbättringsarbetets syfte var att säkerställa att familjens behov blev tillgodosedda genom nya uppdaterade genomförandeplaner som personalen upprättade tillsammans med föräldrarna och att insatserna skulle bli mer effektiva och bättre uppfyller familjens behov. Målet med förbättringsarbetet var att säkerställa att familjens behov beaktades och tillgodoses genom att:

- Involvera föräldrar i uppförandet av genomförandeplaner tillsammans med personalen för att höja delaktigheten för föräldrarna. Detta mättes i antalet föräldrar som har varit delaktiga i möten.
- Avvikelseerna avseende missnöjet kring GFP mättes över tid och inga avvikelser skulle förekomma.
- 1 april 2020, 100% av genomförandeplaner skulle vara uppdaterade utifrån de nya uppsatta kriterier som har gjorts av personalen i samverkan med föräldrarna (fokus på familjens behov).

Förändringsidé

Det som utfördes och som blev skillnaden var att personalen och föräldrarna genom co-production samskapade gemensamt de nya kriterierna som var individanpassade för just deras barn. Familjerna gav utrymme att dela erfarenheter, kompetenser och resurser med en ny mötesstruktur.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förändringen mellan intervjuomgång ett och intervjuomgång två visade tydligt på hur en förändring ledde till förbättring. Detta skedde genom co-production med familjerna samt att avvikelserna slutade i samband med förbättringsarbetet, (se bifogad mätning).

Resultat

Sammantaget, den klara skillnaden som visade sig mellan förstudien och slutskedet av förbättringsarbetet vid intervjuomgång två var hur familjernas negativa erfarenheter från förstudien sakta försvann under intervjuomgång ett till att försvinna helt till intervjuomgång två och då är det bara familjernas positiva erfarenheter som har framkommit under intervjuomgång två. Resultaten kopplade till målen visade att inga avvikelser förekom längre sedan starten av förbättringsarbetet och att familjernas delaktighet ökade. GFP efter förändringen blev mer genomförbara och konkreta för respektive barn.

Nästa steg

Framöver är tanken att fortsätta på samma spår i form av regelbundna möten med familjer för att bibehålla det nyskapade arbetssättet och den goda kommunikationen för vidare utveckling av barnens GFP.

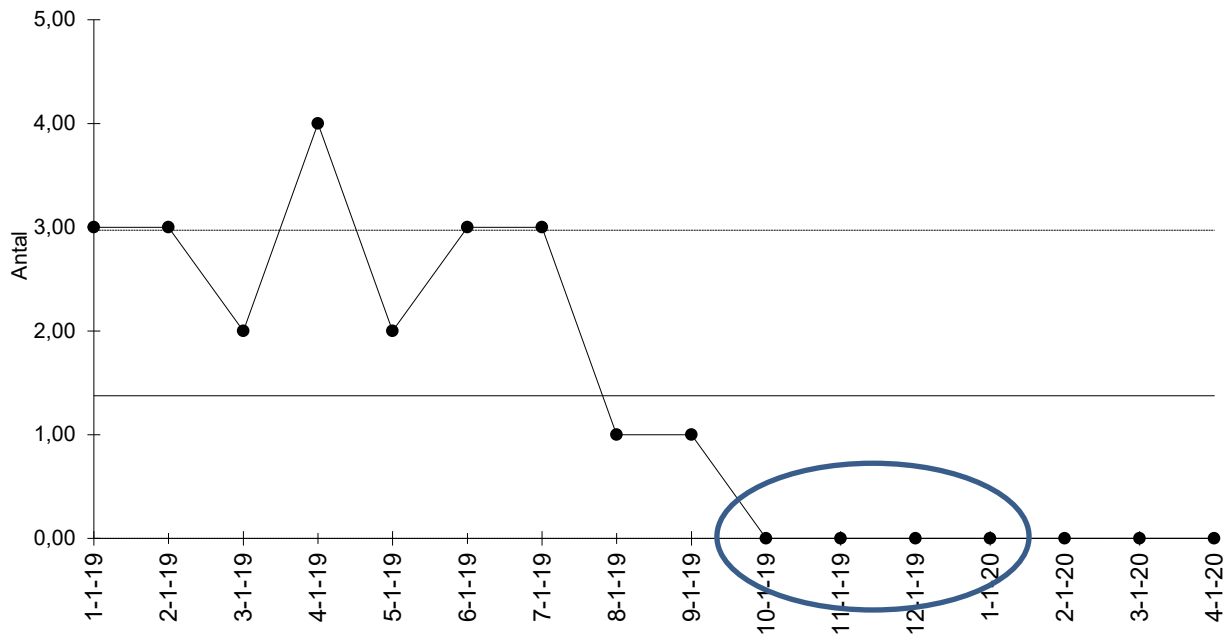
Faktaruta

Namn: Omar Muratbegovic och email: o_muratbegovic@hotmail.com

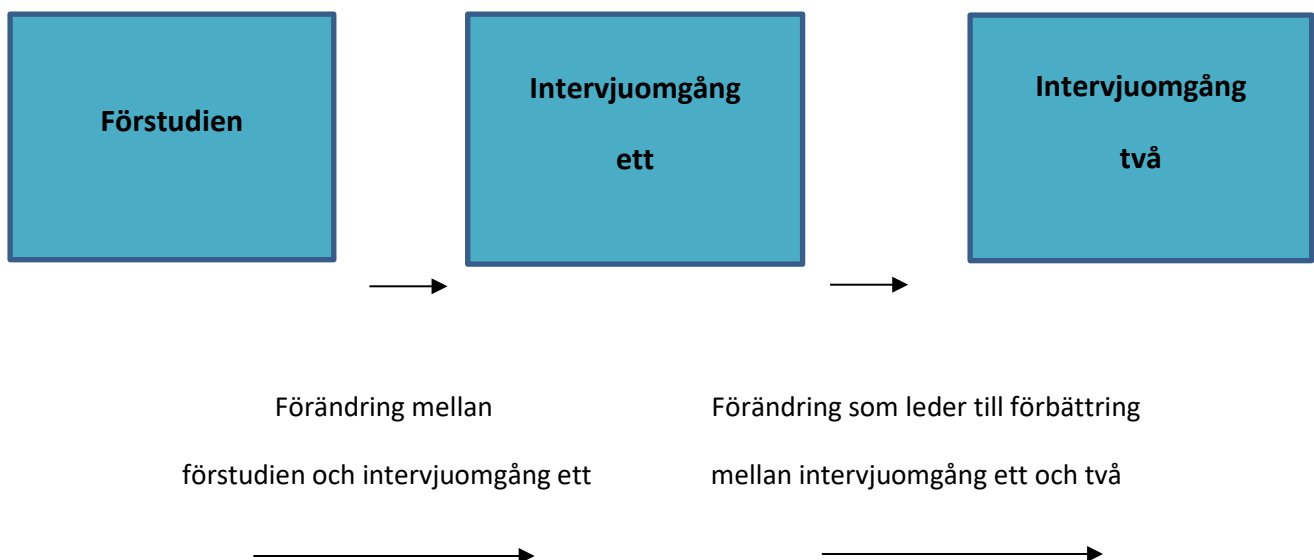
Arbetsgivare: Halmstad kommun

Enhet: Boende och korttid

Antal inkomna avvikelser / månad



Figur 1. Styrdiagram som visar mätning över tid (inkomna avvikelser).



Figur 2. Illustration över förändringsarbetets process under dem olika faserna.

Mer tid, ökad patientsäkerhet samt delaktighet och bättre arbetsmiljö med digitalisering?

Bakgrund

Digitalisering kan bidra till en ökad patientsäkerhet genom ökad kvalitet i informationsflödet. De stora mängder data som blir tillgängliga i och med digitaliseringens framsteg, kan minska lidande och rädda liv genom ny kunskap om behandlingar och dessutom bättre diagnoser (Keasburry, Scott, Sullivan, Staib & Ashby, 2017). Digitalisering kan också innebära en bättre arbetsmiljö, om medarbetarna har stöd i välfungerande verktyg inom dokumentation, kunskap- och beslutsstöd, som håller hög säkerhet och kvalitet och underlättar arbetet på arbetsplatsen (Blix & Levay, 2018).

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Författarnas utgångspunkt är att Region Kronoberg arbetar för och med patienten. Detta förbättringsarbete vill skapa ökat värde för patienterna genom att frigöra tid, öka patientsäkerheten, skapa delaktighet och förbättra arbetsmiljön för professionen.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet är att med hjälp av digitaliseringsverktyget Cosmic Nova, öka patientsäkerheten och patientdelaktighet, förbättra arbetsmiljön och samtidigt spara tid för medarbetarna i Region Kronoberg. Det specifika syftet med förbättringsarbetet är att införa digitaliseringsverktyget Cosmic Nova på fyra slutenvårdsavdelningar i Region Kronoberg mellan 190901-191231

Förändringsidé

Genom att införa digitaliseringsverktyget Cosmic Nova öka patientsäkerheten och patientdelaktigheten, förbättra arbetsmiljön och samtidigt frigöra tid för medarbetarna.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förbättringsarbetet grundar sig på de pilotstudier som gjordes under 2018 och låg som grund till ett breddinförande på alla slutenvårdsavdelningar i Region Kronoberg. I pilotstudien gjordes enkäter med frågeställningar om patientsäkerhet, patientdelaktighet, frigjord tid samt förbättrad arbetsmiljö (bilaga 1).

Resultat

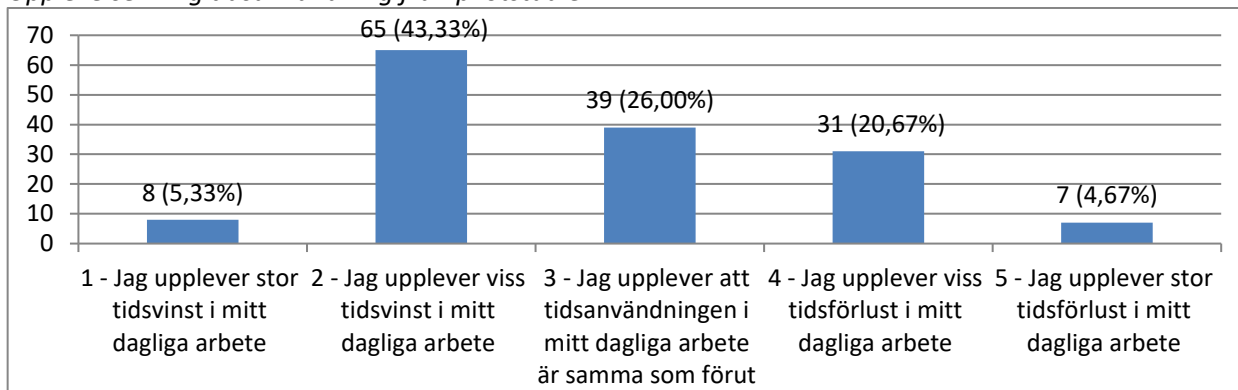
Resultatet visar att 34% av medarbetarna upplever stor eller viss tidsvinst i det dagliga arbetet medan 37% upplever viss eller stor tidsförlust i det dagliga arbetet. 27% upplever stor eller viss förbättring av arbetsmiljön medan 20% upplever viss eller stor försämring i arbetsmiljön. Vad gäller patientdelaktigheten på avdelningen uppger 30% av medarbetarna att de upplever stor eller viss förbättring av patientdelaktigheten medan 5% upplever viss eller stor försämring i patientdelaktigheten. 27% upplever stor eller viss förbättring av patientsäkerheten och 25% upplever viss eller stor försämring i patientsäkerheten.

Nästa steg

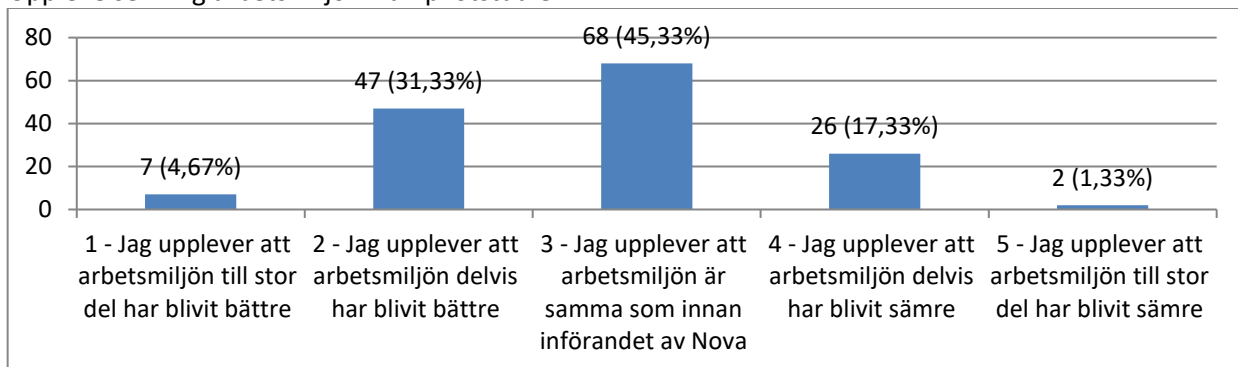
Författarna kan se ett behov av en brygga mellan olika verksamheter i Region Kronoberg för att underlätta och stödja införandet och genomförandet av hållbara förbättringsarbeten. Vilken funktion som ska utgöra denna brygga eller intermediär kan till exempel vara verksamhetsutvecklarna i en Region.

Bilaga 1

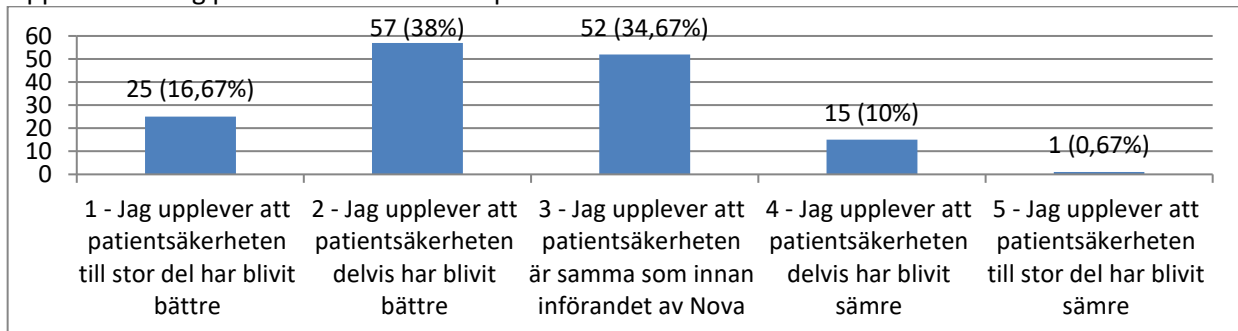
Upplevelse kring tidsanvändning från pilotstudie



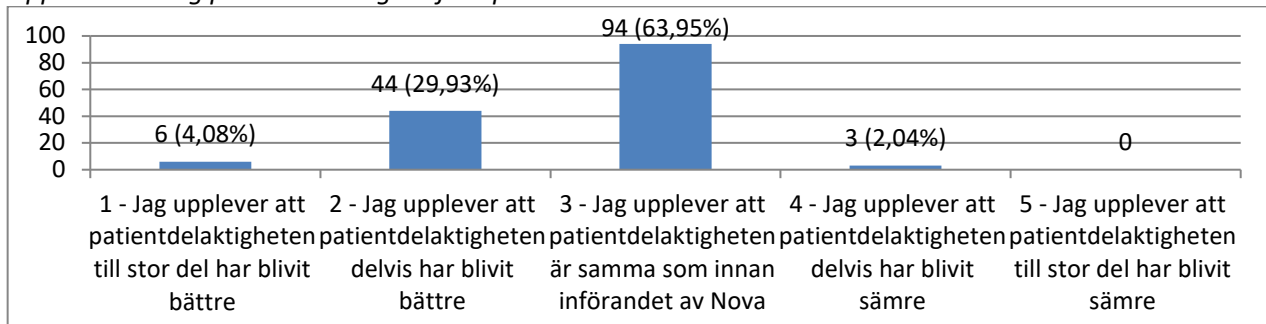
Upplevelse kring arbetsmiljön från pilotstudie



Upplevelse kring patientsäkerheten från pilotstudie



Upplevelse kring patientdelaktighet från pilotstudie



Faktaruta

Namn: Linda Hördegård & Anna Ninov

Email: lindahordegard@hotmail.com annaninov@hotmail.com

Arbetsgivare: Region Kronoberg

Samskapande som en väg till ökad delaktighet. Ett förbättringsarbete inom hemsjukvården där patienter, anhöriga och personal möts i Experience-Based Co-Design (EBCD)

Bakgrund

Patienters ställning har stärkts genom svensk lagstiftning (SFS 2014:821). Trots detta är patientens ställning oförändrad eller till och med något försvagad. Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO:s) vision, värdegrund och kvalitetspolicy ligger till grund för arbetet för dess verksamheter. SLSO vill att verksamheterna utarbetar insatser och arbetsätt som skapar värde och ger resultat av betydelse för patienten. I detta arbete beskrivs delaktighet som en viktig del. Även SLSO:s värdegrund och kvalitetspolicy betonar patientens delaktighet i vården. I hemsjukvården Abrahamsberg och Brommaplan initierades ett förbättringsarbete utifrån den förbättringspotential som identifierades av hemsjukvårdspatienter, anhöriga och personal vad gällde hemsjukvårdspatienternas delaktighetsupplevelse i vården.

Patientinvolvering

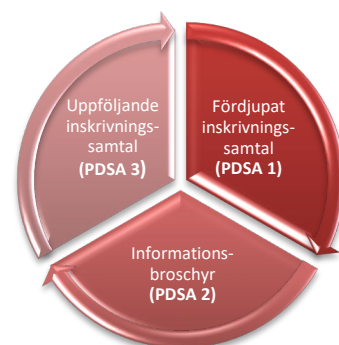
Förbättringsarbetets specifika syfte var att ta reda på vad patienter, anhöriga och personal ansåg viktigt för upplevelsen av delaktighet i vården och utifrån det tillsammans formulera och testa förbättringsförslag. Detta gjorde att patientinvolvering genomsyrade hela förbättringsarbetet.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet var att öka patienternas upplevelse av delaktighet i vården. Det SMARTA målet var att minst 90% av patienterna, inskrivna från och med 1/9 år 2019 i Abrahamsberg och Brommaplan hemsjukvård, den 1/3 år 2020 skattade delaktigheten till lägst 9 (på en VAS-skala mellan 1–10).

Förändringsidéer

Förändringsidéerna togs fram genom EBCD och resulterade i fyra kategorier som speglade deltagarnas erfarenheter och upplevelser av vad som påverkar möjligheten till att känna delaktighet. Förslagen sammanfördes till fyra PDSA-hjul, varav tre prioriterats i detta förbättringsarbete och fokuserade på hemsjukvårdens inskrivningsprocess.



Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Hemsjukvårdspatienternas upplevelse av delaktighet fångades genom en enkät före och efter genomfört förbättringsarbete. Balanserade mått följdes även för att se hur förändringarna påverkade systemet samt säkerställa att inga oönskade konsekvenser uppstod. Inkomna synpunkter/klagomål inom områdena "bemötande" och "information" samt inkomna telefonsamtal till vårdcentralen som hänvisades till hemsjukvården (failure demand) mättes.

Resultat

Förbättringsarbetets SMARTA mål uppnåddes inte. Dock ökade andelen patienter som skattade lägst värdet 9 från 55% till 74%. Enkätundersökningen visade förbättrade upplevelser av delaktighet efter sex månaders förbättringsarbete (bilaga 1). De balanserade mätningarna som följdes visade inga statistiska förändringar. Dock visar mätningen av antal samtal som hänvisas till hemsjukvården att senaste sju mätningarna ligger under centrumlinjen (bilaga 1). Detta mått blir intressant att följa fortsättningsvis.

Nästa steg

Förbättringsarbetet fortlöper och PDSA-hjul 4 påbörjas i maj 2020. Genom EBCD har verksamheten frångått ett traditionellt sätt att bedriva förbättringsarbeten på och intagit ett nytt perspektiv med fokus på

samskapande. Nästa steg blir att fortsätta bedriva förbättringsarbeten i verksamheten med utgångspunkt i EBCD samt sprida och inspirera andra verksamheter till att använda metoden.

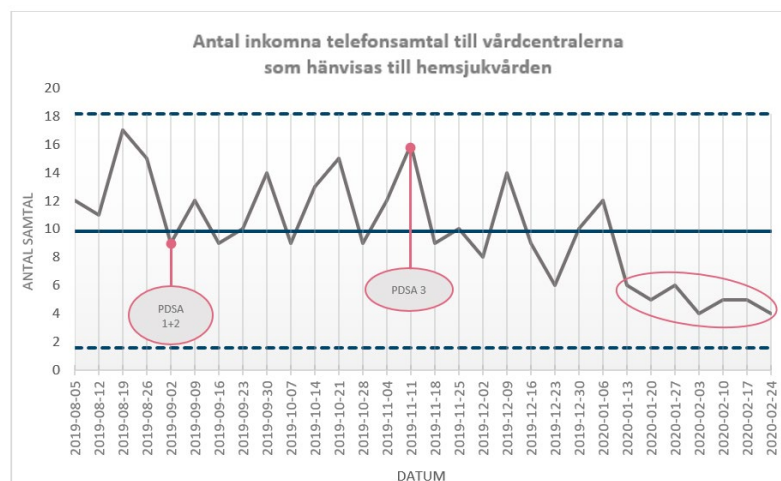
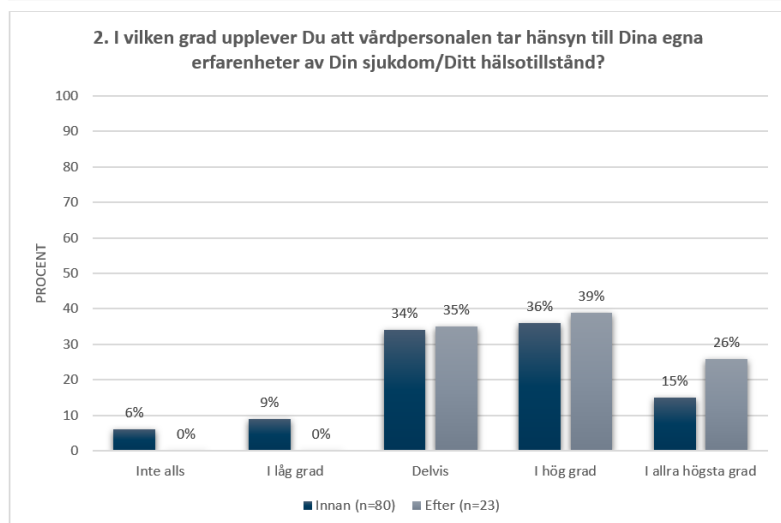
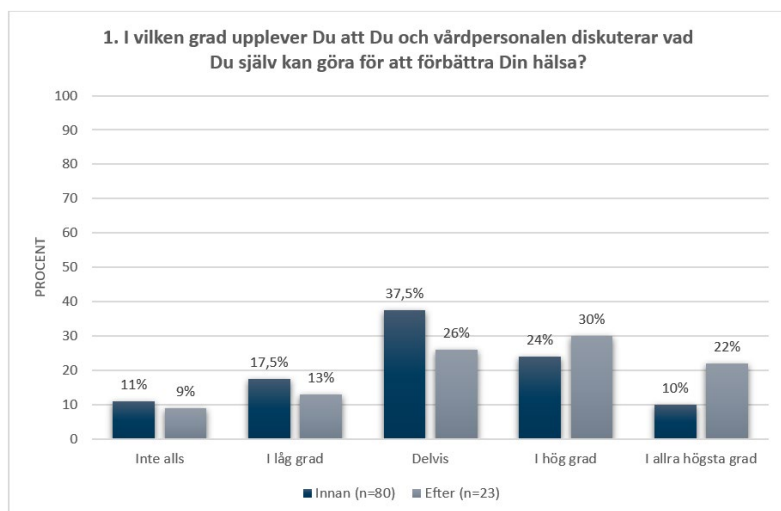
Faktaruta

Namn: *Beatrice Nygren*

Email: nygreen@hotmail.com

Bilaga 1

Exempel på resultat från enkätundersökningen samt mätning av antal samtal som hänvisas.



Prata mera!

Bakgrund

De senaste åren har användandet av digitala medier ökat bland yngre barn. Flera forskare har uttryckt oro för att det kan ha negativt inflytande över små barns språkutveckling. Det vi vet hittills om små barns utveckling i hjärnan tyder på att de tre första åren är bland de viktigaste i barns liv beträffande språkutveckling. Kommunikation är ett av människans viktigaste verktyg. På Barnavårdscentralen (BVC) i Barkarby finns ca 1200 barn inskrivna. De flesta barn (95%) i Sverige besöker ett BVC vars uppdrag är att främja barns hälsa och utveckling samt förebygga ohälsa.

Förbättringsarbete

Nyblivna föräldrar ska få möjlighet till utveckling och information om barns språkutveckling. 8 månaders besöket förändrades till att även omfatta introduktion av böcker till barn och samtala om skärmtid. Föreläsningar om språkutveckling samt ökat samarbete med öppna förskolan och biblioteket för att bättre stödja föräldrarna med dess barn.

Syfte och mål

Syftet att öka medvetenheten och kunskapen hos föräldrarna kring barns språkutveckling genom att erbjuda föreläsningar kring språkutveckling och samtala kring smartphone och digitala medier. SMARTA mål: från november 2019 till april 2020 skall alla barn (100%) som fyller 8 månader erbjudas ett utökat 8 månaders besök där bokpresentation ingår samt samtal om skärmtid och språkutveckling.

Förändringsidé

Erbjuda utökat 8 månaders besök från 30 minuter till 45 minuter där en barnbok/baby bok presenteras, enkätundersökning, samt erbjuda tillfällen för föräldrar att få ta del av det senaste inom språkutveckling och media i form av föreläsning av logoped samt workshop med öppna förskolan/biblioteket och speciallogoped. 3 PDSA hjul testades.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Medverkande personal och ett antal föräldrar intervjuades om sina erfarenheter av det utökade 8 månaders besöket och föreläsningarna. Genomförda utökade 8 månaders besök registrerades och visas i Figur 1. Utvärdering av föräldrar enkät om barns tillgång till språklig utveckling och digitala medier visas i figur 2.

Resultat

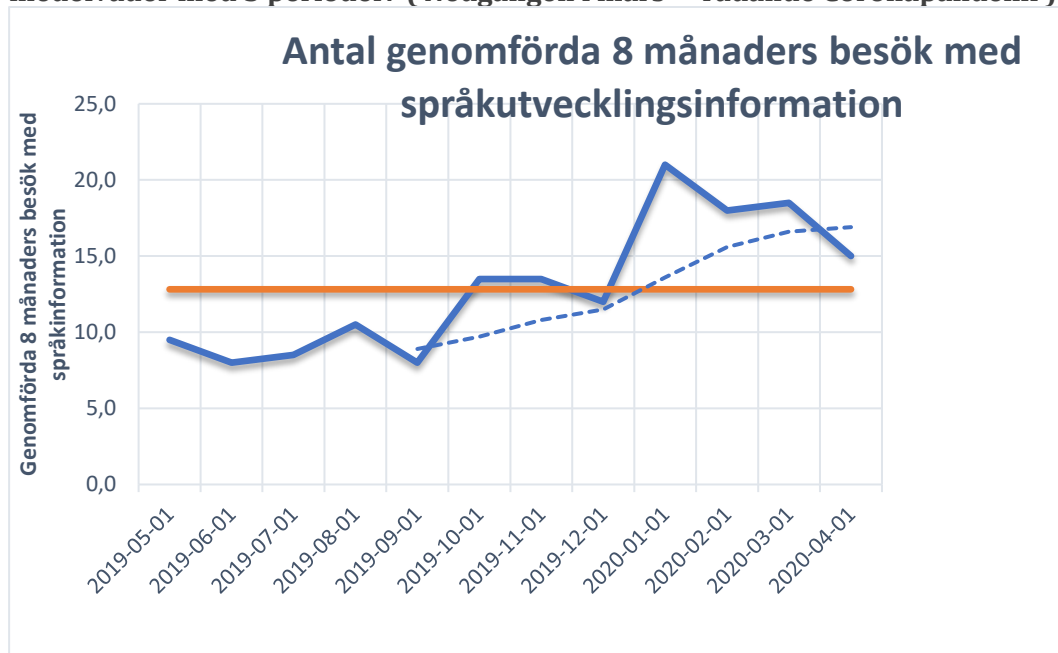
Figur 1. Antal besök vid 8 månader där aktivt samtal kring barns språkutveckling samt enkel barnbokpresentation ingick registrerades via journalsystemet. När besöket genomfördes dokumenterades det i löpande text, alt under fliken kommunikation. Data från maj 2019 togs med då det börjades i lite skala dock ej med större målmedvetenhet. Förändringen visar att alla medarbetare har börjat tala om språkutveckling med sina föräldrar. Figur 2. Resultat från enkäten av barn 12 månader dokumenterat från november 2019 -mars 2020

Resultatet av intervjun redovisade att många föräldrar uttryckte förvåning över att små barn redan var redo att ta sig an böcker vid 8 månaders besöket. Flertalet var överraskade av vetskapen att det var viktigt att bygga upp ordbanken tidigt. Särskilt uppskattad var föreläsningen av speciallogopeden som även lärde ut knep och berättade om tecken (TAKK) som underlättar i kommunikation mellan barn och föräldrarna och som kan hjälpa barn med annat modersmål att ändå göra sig förstådd.

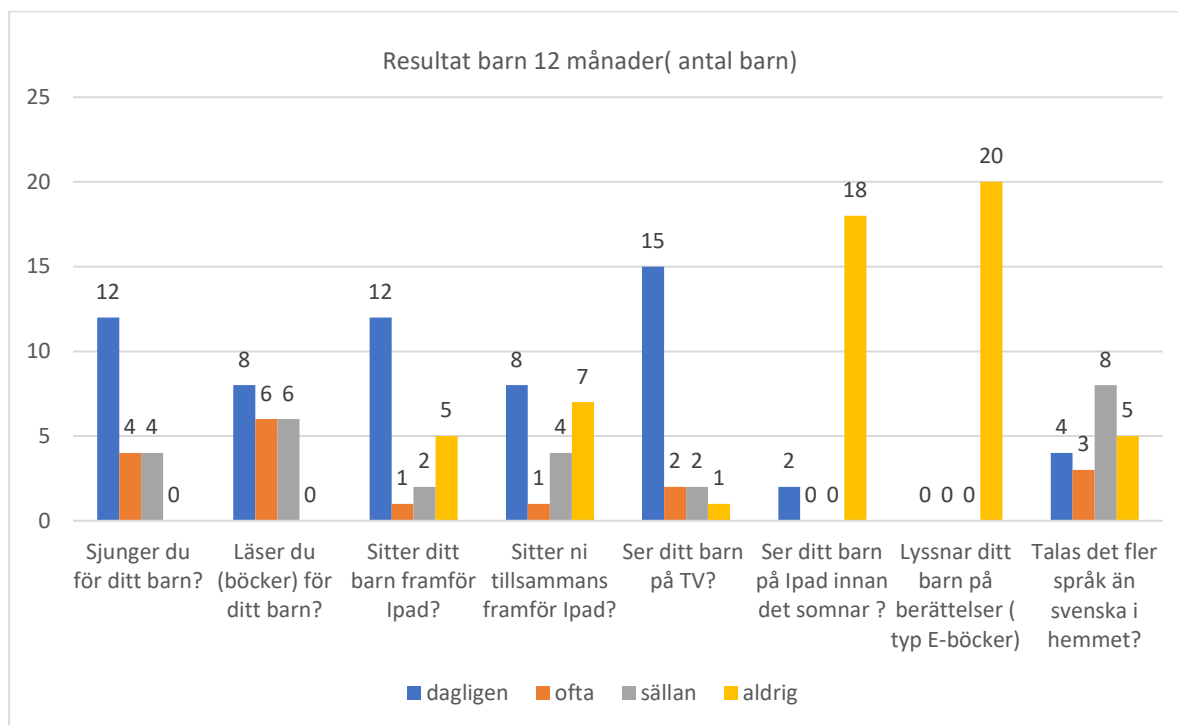
Nästa steg

Försätta med föreläsningar om språkutveckling samt introducera TAKK tecken i väntrummet som inspiration.

Utökade besök vid 8 månaders besöket på BVC. Trendlinjen beskriver glidande medelvärde med 5 perioder. (Nedgången i mars = rådande Coronapandemi)



Figur: 1.



Figur: 2

Faktaruta:

Namn: Elisabeth Runge

Email: elisabeth.runge@famalak.se

Arbetsgivare: Familjeläkarna i Saltsjöbaden

Enhet: BVC Flottilje

Det är allas ansvar!

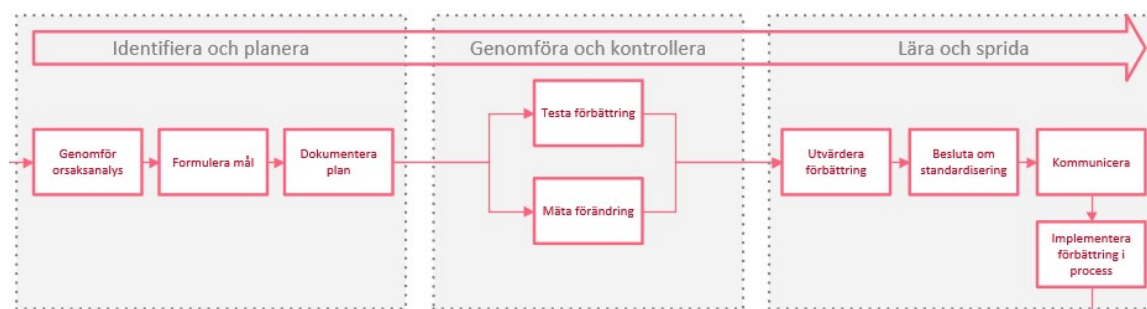
Att utveckla systematik och kompetens i förbättringsarbetet för en trygg assistans av god kvalitet

Bakgrund

Humana Assistans är en del av Humanakoncernen och anordnar personlig assistans till 1900 kunder runt om i Sverige. Enligt föreskriften för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) är alla organisationer inom vård och omsorg skyldiga att ha ett kvalitetsledningssystem. Sedan föreskriften trädde i kraft 2012 har kvalitetsavdelningen på Humana Assistans fokuserat på att stötta organisationen i kvalitetsarbetet med fokus på lagefterlevnad snarare än att utveckla och förbättra Humanas processer. Konsekvensen har blivit att kvalitetsarbetet uppfattats, av chefer och medarbetare, som något som sker vid sidan av det dagliga arbetet och som kvalitetsavdelningen har ansvar för.

Förändringsidé

Skapa en förbättringsprocess och ge kvalitetsutvecklarna verktyg, utbildning och coaching för att de ska kunna stötta förbättringsteam, bestående av medarbetare som arbetar nära kunderna, i att genomföra förbättringsarbete.



Syfte och Mål

Att processen för systematiskt förbättringsarbete är känd i organisationen, upplevs vara anpassad till Humanas verksamhet, tillämpas vid små och stora förbättringsarbeten och genererar mätbara resultat som kopplas till värde för Humanas kunder

1. Alla förbättringsarbeten som påbörjas under perioden första januari t.o.m. sista mars 2020 innehåller minst en dokumenterad mätning över tid som går att koppla till vilket värde som förbättringen förväntas skapa för kunden.
2. Processen för systematiskt förbättringsarbete ska vara testad på 3 förbättringsarbeten i affärsområde Personlig assistans senast den sista mars 2020. Kvalitetsutvecklare ska uppleva att processen är väl anpassad till Humanas verksamhet.
3. Kvalitetsutvecklarnas upplevda förbättringskompetens ska stiga från 46,7 % till 60 % vid mätning den sista februari 2020
4. Att 50 % av tillfrågade chefer och medarbetare i Humana Personlig assistans vet var de hittar processen för systematiskt förbättringsarbete och kan svara på när den ska användas. Målet ska vara uppnått sista december 2019.

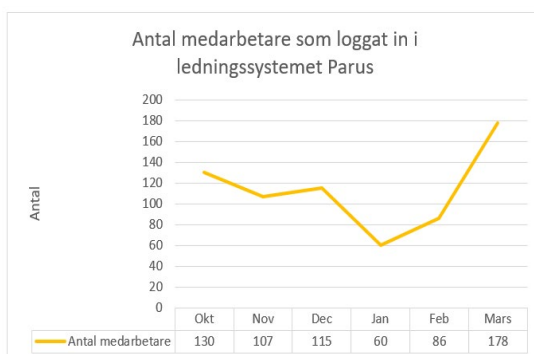
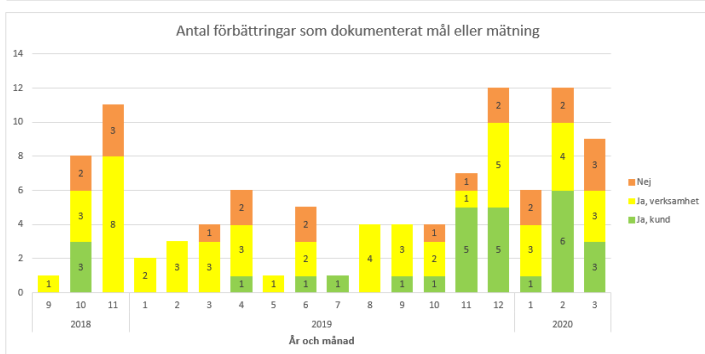
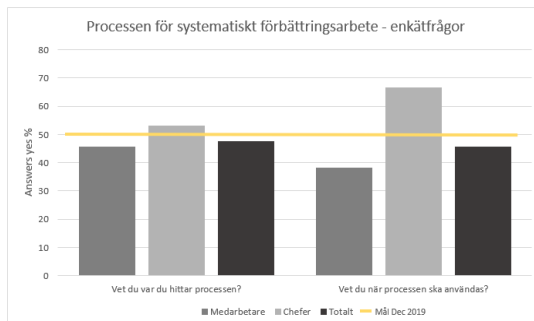
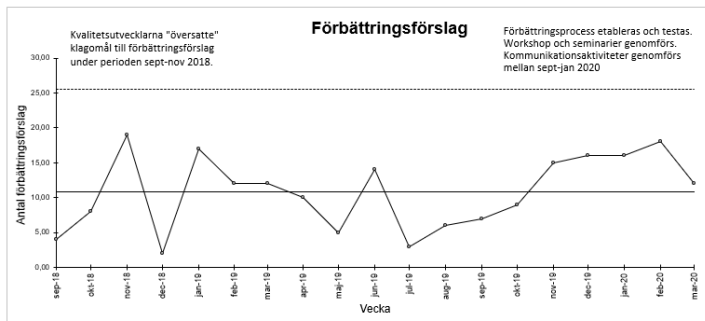
Patient-/brukar-/kundinvolvering

När förbättringsprocessen testades första gången gjordes det på ett förbättringsförslag som inkommit från

en av Humanas kunder. Kunden involverades i förbättringsteamet och var med i hela flödet från att planera och identifiera till att genomföra och kontrollera till lära och sprida förbättring.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

”Vi kan visa på att det blev ett resultat. Vi kan inte vända tillbaka och *inte* göra det här längre, för att vi har sett en massa vinnningar av det.” – intervju med kvalitetsutvecklare



Resultat

Det är en utmaning att dra slutsatser när en pandemi utbryter mitt i datainsamlingen. Antal inlämnade förbättringsförslag har ökat stadigt sedan sommaren, med undantag för mars 2020 där verksamheten fullt ut ställde om till att hantera Covid -19. Antal medarbetare som loggar in i ledningssystemet har ökat kraftigt mellan februari och mars, även detta troligtvis till följd av att många rutiner reviderats till följd av Covid-19. På frågan om chefer och medarbetare känner till processen för systematiskt förbättringsarbete nås målet för gruppen chefer, men inte för medarbetargruppen eller totalt sett. Antal förbättringsarbeten som innehåller dokumenterat mål eller mätning kopplat till förväntat kundvärde visar på en ökning under kvartal 4 2019 och kvartal 1 2020. Målet uppnåddes inte men utvecklingen tyder på att vi är på rätt väg.

Nästa steg

Under april 2020 genomfördes ett hackathon för att lösa problemet med tillgång till skyddsutrustning där förbättringsprocessen och tillhörande metoder användes för att generera flera konkreta åtgärder att testa. Kvalitetsutvecklarna fortsätter att utveckla sin förbättringskompetens och nästa steg blir att utbilda

Kontakt

Namn: Sofie Semb
 Email: sofie.semb@humana.se
 Arbetsgivare: Humana
 Enhet: IoF, affärsutveckling

processteam och andra i verksamheten som involveras i förbättringsarbete så att fler kan använda processen och förbättringsmetoderna. På sikt ska processen utvärderas och förbättras och möjligen släppas i en förenklad form för att underlätta användandet av den ute i assistent-grupperna med målsättningen att Humanas förbättringsarbete ska bedrivas ute i assistanserna, tillsammans med Humanas kunder.

Rätt diagnostik i rätt tid

Pro-forma arbetsprovsremisser – ett förbättringsarbete för enhetligare remissinnehåll

Bakgrund

På den regionsövergripande enheten för klinisk fysiologi i Jönköping som bedriver arbetsprov noterades varierande inkommande remissinnehållskvalité. Att återsända samtliga remisser som är ofullständiga skulle troligtvis bara förlänga väntetiden för patienterna och därmed även öka riskerna för sjukdom och det lidande detta innebär. Att överproducera är ett slöseri, så genomförande av för många arbetsprov i onödan skulle leda till misshushållning av skattefinansierade resurser. Den grundläggande idén bakom förbättringsarbetet blev att enkla små förändringar i remissmodulen skulle kunna göra remissinnehållet mer likvärdigt bedömbart.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

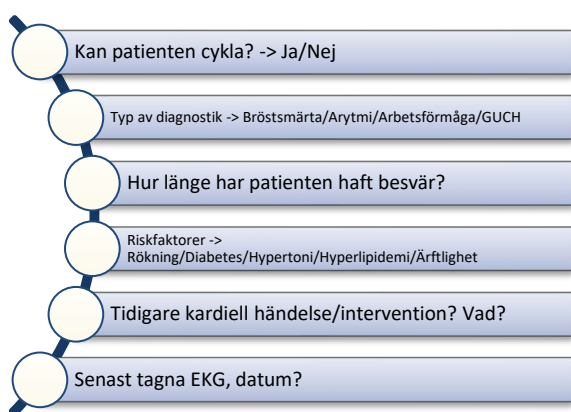
Som en del i processflödet för arbetsprov fyller remissen en nyckelfunktion idag. Detta som en såväl ren beställningsfunktion som för initial prioritering. Processen involverar i första hand remittenter där en del var med och utformade den nya remissmodulen för arbetsprov. Allt för att rätt patient ska få rätt diagnostik i rätt tid.

Syfte

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet är att patienter inom Region Jönköpings Län som bedöms vara i behov av arbetsprov, ska få optimerade förutsättningar för rätt undersökning inom rätt tid på rätt indikation.

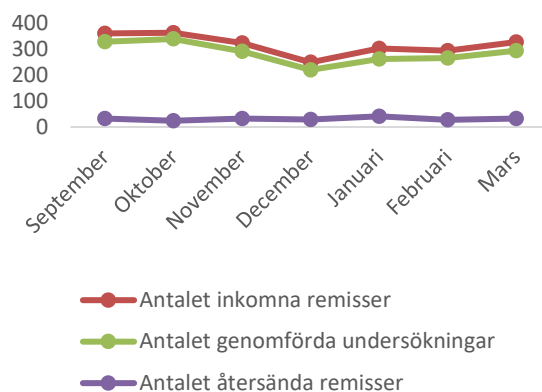
Förändringsidé

En idé om att enhetligare remissinnehåll skulle medföra enklare remisshantering. Därigenom skulle i förlängningen det bli lättare att rätt patient fick rätt diagnostik i rätt tid. Remissinnehållet skulle enhetliggöras genom vägledande fält i remissmodulen enligt figur 1. Två av fälten skulle bli obligatoriska att fylla i; typ av diagnostik och hur länge patienten haft besvär. Övriga fält var frivilliga och skulle fungera som en vägledning för remittenten. Dessutom uppdaterades kliniska fysiologens hemsida (som går att komma åt överallt ifrån) där ytterligare vägledning gavs för optimalt remissinnehåll.



Figur 1: Den nya remissmodulens vägledande fält

Diagram 1: Remissflödet för arbetsprov



Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förbättringsarbetet infördes den 5e januari och har följts upp med processmått där inkommande remisser granskades över tid för att se ifall de innehöll parametrar enligt tabell 1. Ett urval av processmått presenteras i diagram 2–6.

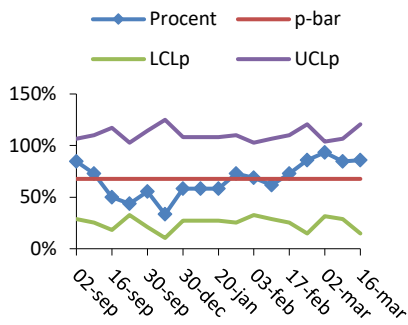


Diagram 2: information om besvärens duration

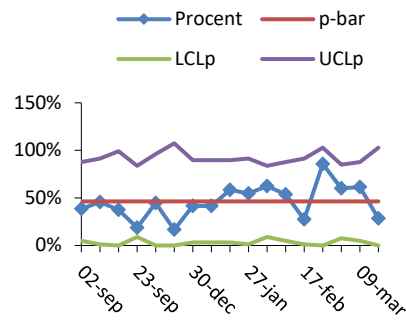


Diagram 3: 2/3 av variablerna riskfaktorer, hereditet och/eller tidigare kardiell händelse/intervention angivet

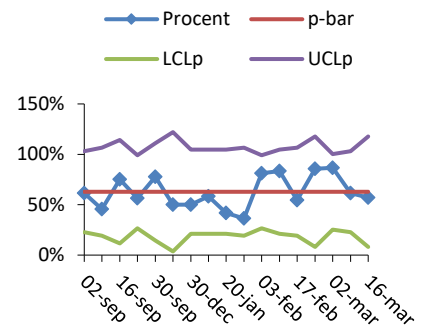


Diagram 4: information om befintligt vilo-EKG angivet

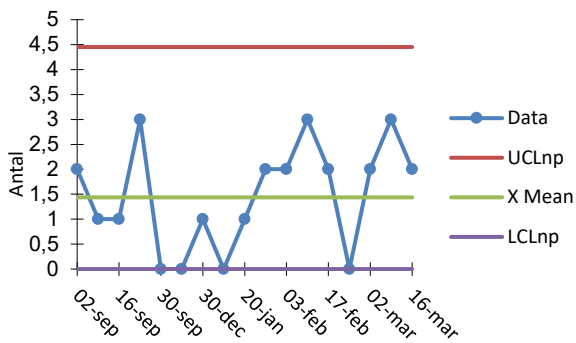


Diagram 5: 0/3 bröstsmärtekriterier bedömbara

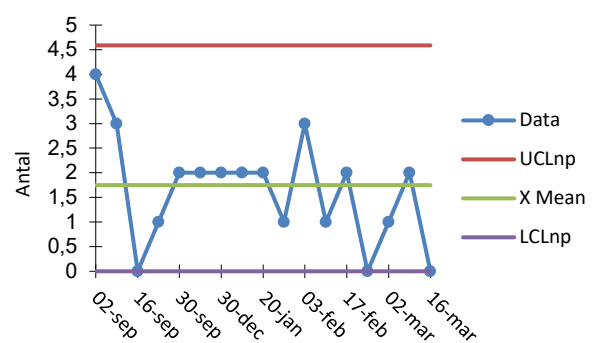


Diagram 6: 3/3 bröstsmärtekriterier bedömbara

Resultat

Utfallet av mätningarna ovan i diagram 2–6 visar, om än inte statistiskt signifikanta förbättringar, tendenser till ökad viktig information i remisserna avseende exempelvis hur länge patienten upplevt besvären, olika former av riskfaktorer samt information om befintligt vilo-EKG. Dock ses motsatt effekt på antalet bedömbara bröstsmärtekriterier. Detta beror troligtvis på att det vägledande fältet med typ av diagnostik vid valet bröstsmärta leder vidare till val av typ av bröstsmärta, varpå beskrivning i remissen uteblir.

Utfallsmåttet som baseras på remissgenomflödet för arbetsprov och kan ses i diagram 1, visar inte på några märkbara förändringar före jämfört med efter förbättringsarbetets införande.

Nästa steg

Viktigt att fortsätta följa upp förbättringsarbetets effekter på arbetsprovets tillgänglighet och utvärdera ytterligare framöver om förbättringen än mer tydliggörs. Då förbättringsarbetet implementerades regionövergripande på en gång så är det svårt att få informationen implementerad hos alla även om flera informationskampanjer genomförts. Detta förbättras succesivt och förhoppningsvis än mer med tiden. Fortsatt uppföljning med efterföljande revidering av remissmodulen beroende på utfallet av processmått är planerad.

Faktaruta

Namn: Dario Tesan

Email: dario.tesan@rjl.se

Arbetsgivare: Region Jönköpings Län

Enhet: Enheten för klinisk fysiologi i Jönköping

Tid är hjärna

Ett förbättringsarbete som syftar till att korta tiden till livsavgörande behandling för patienter drabbade av stroke.

Bakgrund

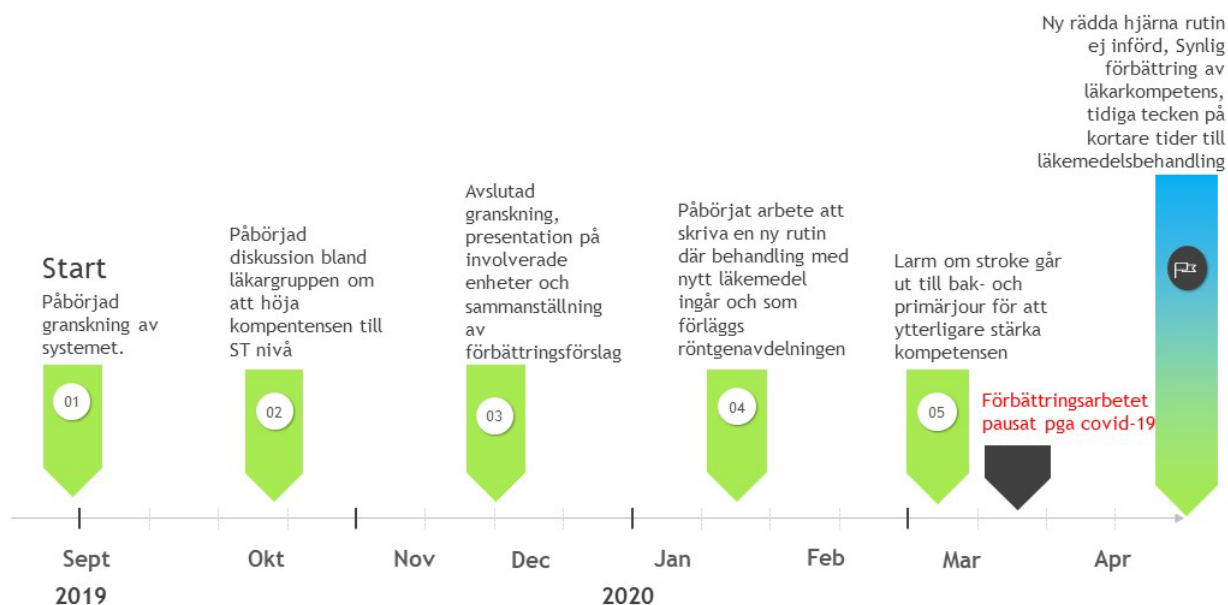
När en människa drabbas av stroke som orsakas av blodpropp, stryps syretillförseln till hjärnan och för varje minut som går dör uppemot 2 miljoner nervceller. För att hjälpa dessa patienter akut finns inom Region Gävleborg en rutin kallad Rädda hjärnan. Siffror från kvalitetsregistret Riksstroke visar dock att det på Gävle sjukhus tar längre tid till livsavgörande behandling än genomsnittligt i Sverige. Det går att vinna tid.

Efter en förstudie, vilket inkluderat observationer, journalgranskning och en omfattande omvärldsspaning, uppdagades att patienterna ofta handhas av läkare under upplärning och att många moment som kan vänta, ändå görs före behandlingsstarten i flödet. Därför har mätningar från kontinuerlig journalgranskning av detta påbörjats och presenteras under figur 2. Förbättringsarbetet bedrevs enligt Vanguard-metoden som stipulerar att snäv målsättning i inledningen av en förbättringsresa leder till suboptimering.

Syfte

Syftet med förbättringsarbetet var att förbättra Gävle sjukhus Rädda hjärnan flöde genom att implementera en ny rutin i mars 2020. I denna flyttas bland annat läkemedelsbehandlingen som används vid stroke till röntgenavdelningen, dit patienten först anländer vid initierat Rädda hjärnan flöde, för att så tidigt som möjligt i systemet kunna hjälpa den drabbade patienten.

Förändringsidé



Figur 1 Visualisering av de mest betydelsefulla händelserna under förbättringsarbetet. Den nya rutinen fick skjutas på framtiden på grund av den världsomspännande Covid-19 pandemin, men betydande steg har tagits för att förbättra handhavandet av patienterna.

Faktaruta

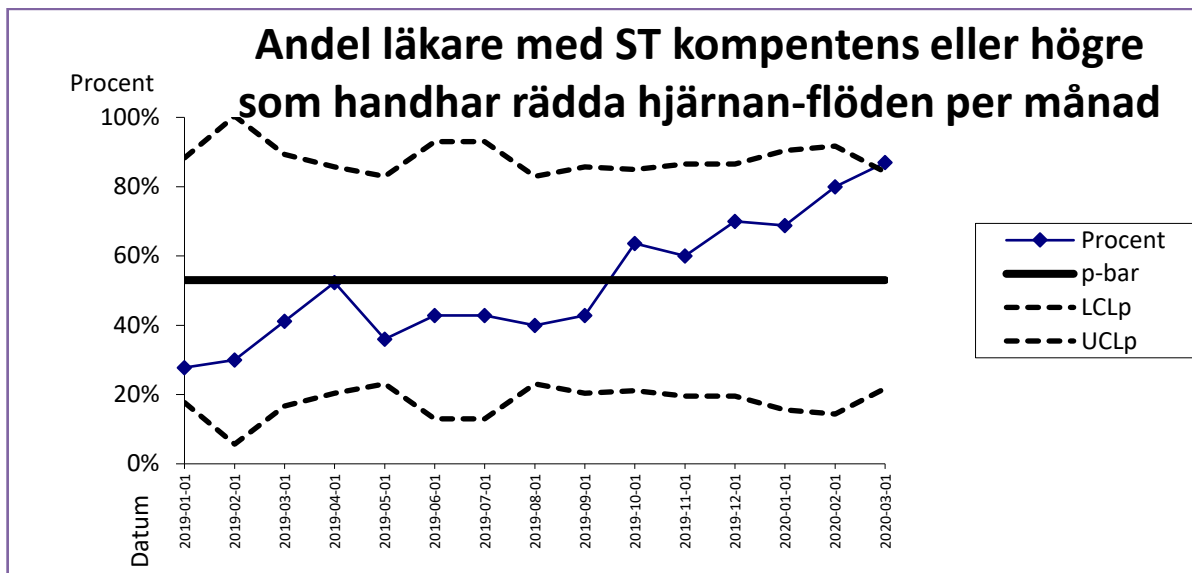
Namn: Jonas Vargmyr

Email: jonas.vargmyr@gmail.com

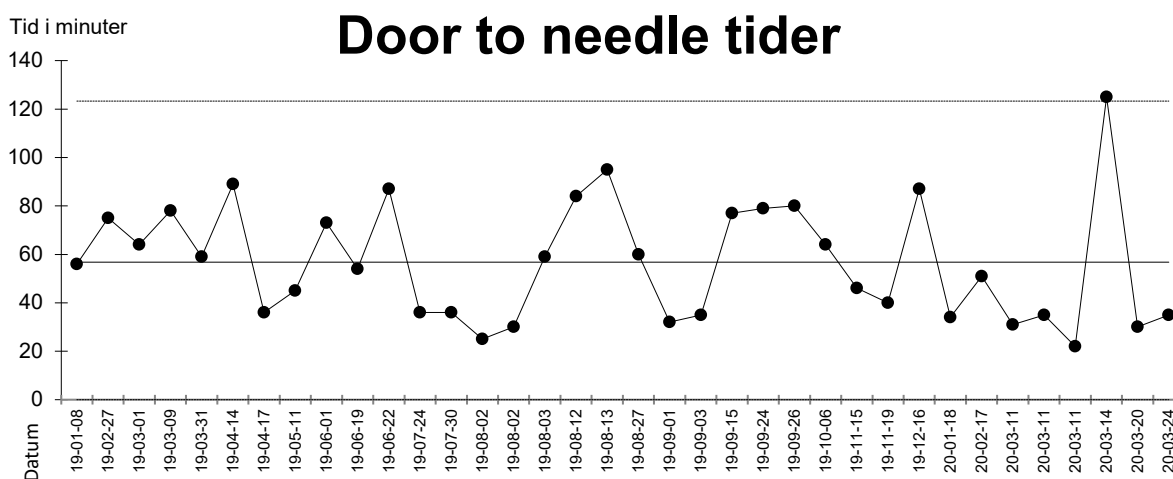
Arbetsgivare: Region Gävleborg

Enhet: Röntgenavdelningen

Hur vet vi att denna förändring är en förbättring?



Figur 2. Andel i procent av läkare som är på ST-nivå eller högre och som ansvarar för rädda hjärnan flöden varje månad. I oktober 2019 gick ett mail ut till ST-läkargruppen om att inte låta läkare under upplärning gå själva på Rädda hjärnan-larm. Vid en arbetsplatsträff med samma grupp i november 2019 fastslogs nödvändigheten att stärka upp läkarkompetensen.



Figur 3. Tid från det att patienten ankommit till sjukhuset till dess att trombolysbehandling har påbörjats (door-to-needle). Ett fall av systemisk variation 2020-03-14 som efter journalgranskning visar på att flödet avbrutits på grund av symptomregress, men sedan återupptagits 60 minuter senare. Utesluts denna finns tidiga tecken till att en förbättring kan ha skett mellan januari-mars 2020.

Resultat

Att arbeta förutsättningslöst och utan ett från början givet mål, ledde efter noggrann granskning av systemet och återkommande arbetsplatsträffar på de involverade enheterna till visionen att kunna erbjuda behandling tidigare i flödet. De förändringar som införts visar på en begynnande förbättring.

Nästa steg

Nationellt och inom Region Gävleborg kommer det fortsättas att förbättra vården för strokedrabbade patienter då Socialstyrelsen så sent som i januari 2020 uppdaterat sina riktlinjer för denna patientgrupp med visionen att fler patienter ska kunna erbjudas behandling på så kort tid som möjligt. Detta arbete kommer ligga till grund för ytterligare förbättringar. Trots pandemin har inte behovet av snabbast möjliga behandling för patienter drabbade av stroke förändrats. Snarare har behovet av bättre arbetssätt och flöden stärkts.

”Heja brukarinflytandet!”

Ett förbättringsarbete för att stimulera lärande om brukarinflytande hos framtida socialarbetare.

Bakgrund

Förbättringsarbetet baserades på att brukarinflytande ofta har en mer given plats i teorin än i det sociala arbetets praktik. Detta är paradoxalt då brukarinflytande främjar återhämtning samt är förenat med betydande fördelar ur ett demokrati-, effektivitets- och kvalitetsperspektiv. Ett mer specifikt gap identifierades på den yrkeshögskoleutbildning som författaren, under tiden för förbättringsarbetet, ansvarade för. Brukarinflytande, eller närliggande begrepp, hade inte någon given plats i utbildningen. Detta ansågs inte skapa förutsättningar för de studerande att, i framtida yrkesroller, främja brukarinflytande inom socialt arbete.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Personer med egen erfarenhet, exempelvis av psykisk ohälsa, involverades aktivt i testen av förbättringsidéer.

Syfte och Mål

Det specifika syftet var vidare att skapa förutsättningar för studerande på en socialt inriktad grundutbildning inom Yrkeshögskolan att, som yrkesverksamma, kunna främja brukarinflytande inom socialt arbete. De SMART:a målen var att de studerande, i Januari år 2020, skulle;

1. Skatta sina kunskaper om brukarinflytande som 5 på en 6-gradig skala.
2. Skatta sina färdigheter att omsätta brukarinflytande i praktiken som 5 på en 6-gradig skala.

Förändringsidé

För att uppnå de SMART:a målen testades under höstterminen år 2019 tre förbättringsidéer; 1) Teoretiska aktiviteter 2) Kombinerade aktiviteter 3) Praktisknära aktiviteter med stark arbetslivsanknytning.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att veta om förändringarna utgjorde förbättringar testades förbättringsidéerna via PDSA. Den första och den andra förbättringsidén genomfördes i två PDSA-cykler. Den tredje förbättringsidén testades genom fem cykler. I samband med respektive test genomfördes kontinuerliga mätningar utifrån balanserade mätetal. Mätetalen var självskattningar (kunskaper och färdigheter), tidsåtgång, deltagarantal, ”2 stars and 1 wish”, ”Take home message” och i vilken omfattning testen behandlades i studerandes reflektionsuppgifter.

Resultat

Även om de SMART:a målen inte uppnåddes inom angiven tidsram påvisar resultatet en progression av de studerandes självskattade kunskaper och färdigheter i relation till brukarinflytande, från 2,2 till 4,6 (kunskaper) respektive 4,2 (färdigheter), se figur 1 och 2. Övriga mätningar styrkte också denna progression, se figur 3.

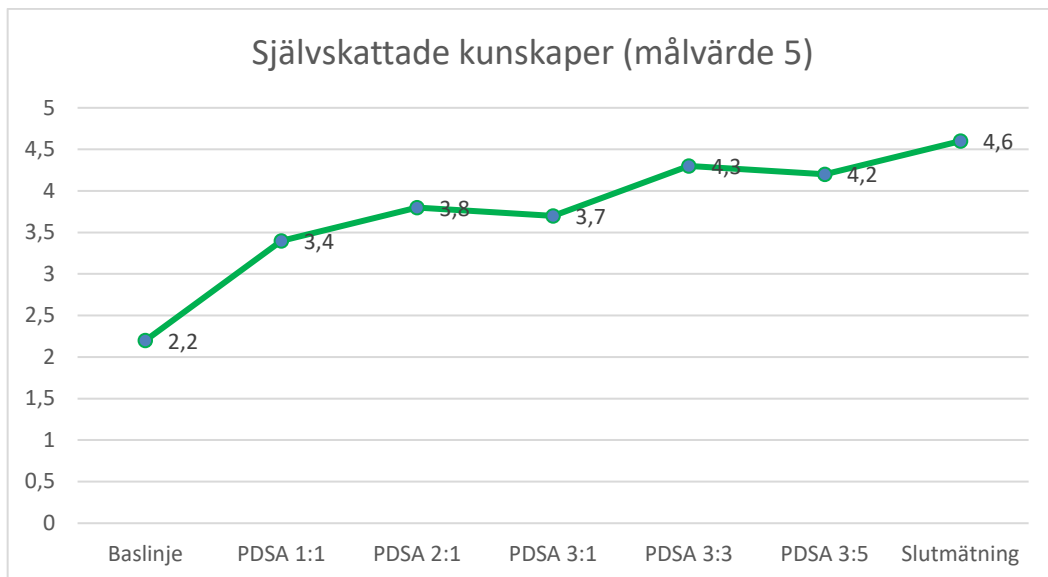
Nästa steg

Förhoppningen är att utbildningsanordnaren av denna yrkeshögskoleutbildning ska inspireras av förbättringsarbetet och uttalat behandla brukarinflytande i socialt inriktade utbildningar.

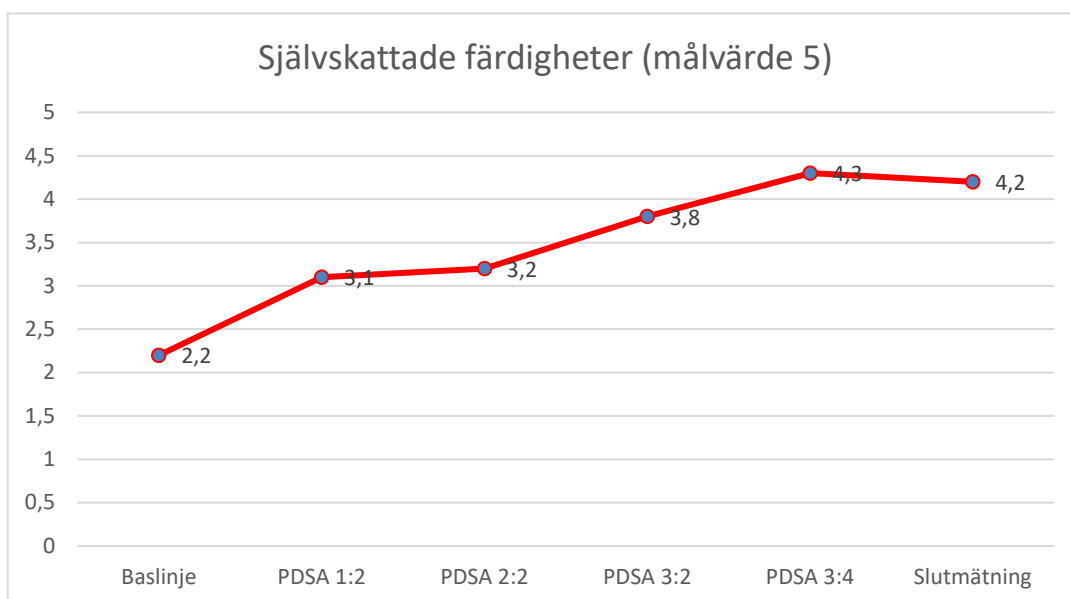
Faktaruta

Namn: *Caroline Ärleskog*

Email: caroline.arleskog@hotmail.com



Figur 1. Översikt av studerandes självskattningar avseende kunskaper i relation till brukarinflytande



Figur 2. Översikt av studerandes självskattningar avseende färdigheter i relation till brukarinflytande

HEJA BRUKARINFLYTANDET!
PATIENTER ÄR INTE BARA DOKUMENT UTAN MÄNNISKOR
 TOPPENBRA! GER DJUP INSIKT OM HUR DET FUNGERAR. BRA MED OLIKA PERSPEKTIV.
MÄNNISKOR ÄR BÄST PÅ SINA EGNA LIV
 JAG SOM BEHANDLARE KAN HA STOR KUNSKAP MEN BRUKAREN/PATIENTEN ÄR EXPERTEN
BRUKARINFLYTANDE SPELAR MYCKET IN I ÅTERHÄMTNINGEN

Figur 3. Urval av citat från "Take home message", dvs vad de studerande tog med sig från testen

Masterprogrammet i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd

syftar till att utveckla deltagarnas förmåga att leda förbättringsarbete inom hälsa och välfärd. Förbättringsarbete som sker i samskapande med, och för, dem vi är till för; personer med erfarenhet av vård och eller socialtjänst och deras närstående. För att lyckas krävs en kombination av teori och praktik, systemförståelse och att göra för att lära och göra det tillsammans i team – samt medarbetare som har mod att gå in i förändring och testa nya arbetssätt. Framgångsrikt förbättringsarbete förutsätter även att det finns stöd från verksamhetens ledning på olika nivåer och en bejakande förbättringskultur som är engagerade och förstår värdet av det förbättringsarbete som genomförs. Förbättringsarbete skapar ofta arbetsglädje och ger ny energi, när alla aktörer är aktiva genom hela processen: från planering, genomförande och kontinuerlig uppföljning av effekter.

Den här boken är fylld med lärorika exempel på hur det kan gå till att bedriva ett förbättringsarbete i praktiken. Samtidigt som deltagarna – masterstudenterna – bidragit till bättre vård, omsorg eller socialt arbete har de också fått en djupare förståelse för förbättringsarbetets förutsättningar och därmed lagt grunden för sitt fortsatta förbättringsledarskap och innovativa sätt att arbeta. Det handlar om ständiga förbättringar och gemensam reflektion över vad som fungerar för vem och i vilket sammanhang. En resa som just börjat men ständigt fortsätter framåt för att möta det förändringstryck som verksamheter har nu och i framtiden.

Vi, hela Jönköping Academys lärarteam, vill varmt gratulera er som just slutfört denna utbildning och kommit i mål! Det har varit en glädje att följa er på denna utvecklingsresa. Ni är viktiga och vi ser fram emot att se er med era nya färdigheter sätta avtryck både lokalt, nationellt och internationellt. Det finns så många gap som ska överbryggas! För den som vill mer, för den som känner att det skaver när vi inte gör vårt allra bästa, är det viktigt att ha goda vänner och ett sammanhang att hämta kraft ifrån. Vi vill gärna att ni, våra deltagare i masterutbildningen och andra intresserade, fortsätter att vara en del av Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare och fortsätter hålla kontakten med oss.

Boel Andersson-Gäre

Professor

Felicia Gabrielsson-Järhult

Programansvarig