

Årsbok 2019



Masterstudenternas årsbok 2019
Kvalitetsförbättring och Ledarskap
inom Hälsa och Välfärd



JÖNKÖPING UNIVERSITY

JÖNKÖPING ACADEMY
For Improvement of Health and Welfare



Årsbok 2019

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.

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 och Ann-Christine Andersson

Lise-Lotte Augustine	”Doktorn sa att jag skulle ta den” – hur möter vi patientens informationsbehov om läkemedel?
Thomas Drost	Kortare ledtider inom psykiatrisk diagnostik
My Eklund Saksberg	Ökad brukardelaktighet genom att forma dagen tillsammans
Linda Forsman	Tidig identifiering av patienter med risk för trycksår och förbättrad prestanda i ett mikrosystem
Sara-Marie Gertsson	Förbättrad eftervård efter bristningar grad 3-4 efter förlossning, för de kvinnor som blir förlösta på SUS i Lund och Malmö.
Marie Granberg	Utveckla och testa en utbildning i grundläggande förbättringskunskap för fysioterapeuter under specialistutbildning
Stina Gäre Arvidsson	Tillitsbaserad uppföljningsdialog – utveckling av en ny nationell metod
Karin Halldorf	Frågor utan rätta svar – att smärtskatta utifrån patientens upplevelse. Införandet av validerat smärtskattningsinstrument i en palliativ hemsjukvårdsenhet
Malin Hegen	Hur ser planeringen ut för min rehabilitering? -ett förbättringsarbete för att korta väntetider och förbättra information i en rehabiliteringsverksamhet
David Kilström	Mot en rättvis bedömning – nya arbetssätt för en rättvis färdighetsexamination
Monica Nyman	Ett förbättringsarbete i hur ett systematiskt kvalitetsarbete leder till effektivare möten och positiva hälsoeffekter inom äldreomsorgen
Ann Ottosson	Minimera separation av moder och nyfött barn med neonatal andningsstörning
Anna Sennerö	Ett mål mat för bättre hälsa – förbättringsarbete med fokus på ineliggande patienters energiintag
Ulrika von Sivers	Säkrare vård med gröna korset?
Mattias Vejklint	Mot Målen med missbruksvården – bedömning och uppföljning till nytta för individ och organisation



”Doktorn sa att jag skulle ta den” – hur möter vi patientens information om läkemedel?

Bakgrund

Läkemedelsrelaterade problem är en av de vanligaste bakomliggande orsakerna till vårdskador, förutom personligt lidande är dessa misstag kostsamma för hälso- och sjukvården. I samband med all läkemedelsbehandling skall patientanpassad information ges för att förebygga problem. På medicinavdelning 3 i Växjö visar den Nationella patientenkäten från 2018 att endast 43 % av patienterna upplever att de får en god information om sina läkemedel i samband med slutenvård.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Inför förbättringsarbetet intervjuades fem patienter utifrån resultatet på den Nationella patientenkäten med fokus på läkemedelsinformation. Under förbättringsarbetet har patienter fortlöpande inför hemgång svarat på en enkät hur de upplevt läkemedelsinformationen i samband med sin slutenvård.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att öka andelen patienter som inför hemgång från medicinavdelningen upplever sig välinformerade gällande sina läkemedel.

Målet var en välinformerad patient som har kunskap om sina läkemedel i förhållande till sin livssituation. Andelen patienter som upplever sig välinformerade skall öka från 43 % till 90 % senast vecka 13 2019.

Förändringsidé

För att förbättra processen kring läkemedelsinformation i samband med slutenvård testades fyra PDSA-hjul, med bland annat skriftlig information samt teach-backmetod.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Patienternas upplevelse av given information under vårdtillfället fångades genom enkätundersökning. En baslinjemätning samt resultatet från en delfråga i enkäten visualiseras i bilaga1.

Resultat

Målet att öka andelen patienter som upplever sig välinformerade från 43 % till 90 % är delvis uppnått. Från PDSA4 i figur 2(bilaga 1) kan en lägesförändring noteras i resultatet. Under PDSA1, 2 och3 testades separata interventioner som sedan sammanfördes i PDSA 4. Att sammanföra de tre olika interventionerna innebar att patienterna på så sätt fick information kring läkemedel vid tre tillfällen på olika sätt samt av olika professioner. Upprepning samt mixen av information bidrog sannolikt till det förbättrade resultatet då varje patient är unik och har olika behov.

Nästa steg

Utmaningen ligger i att bibehålla den förbättrade processen kring läkemedelsinformation över tid. Vidare måste de tankar och idéer som fötts under arbetets gång vidareutvecklas och omsättas i praktik för att sträva mot en än mer personcentrad information kring läkemedel.

Faktaruta

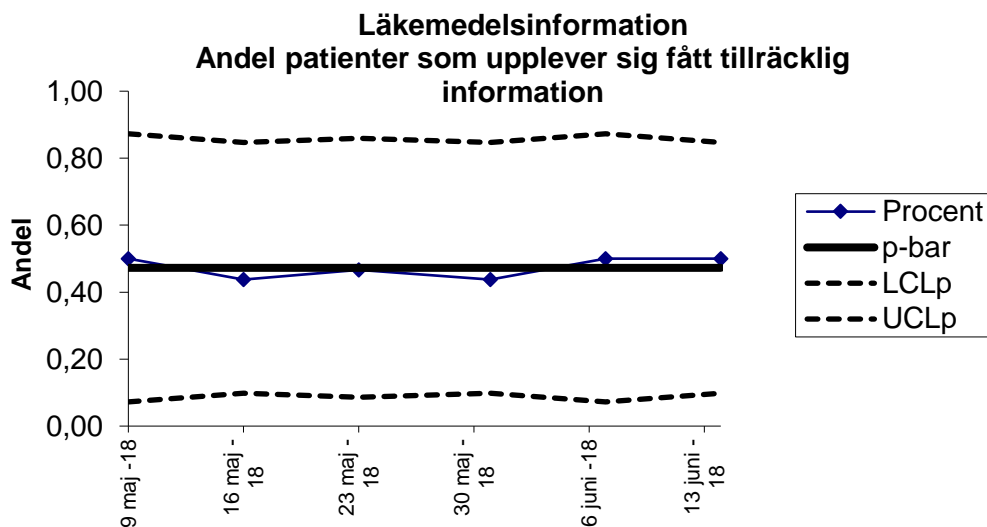
Namn: *Lise-Lotte Augustine*

Email: *lise-lotte.augustine@kronoberg.se*

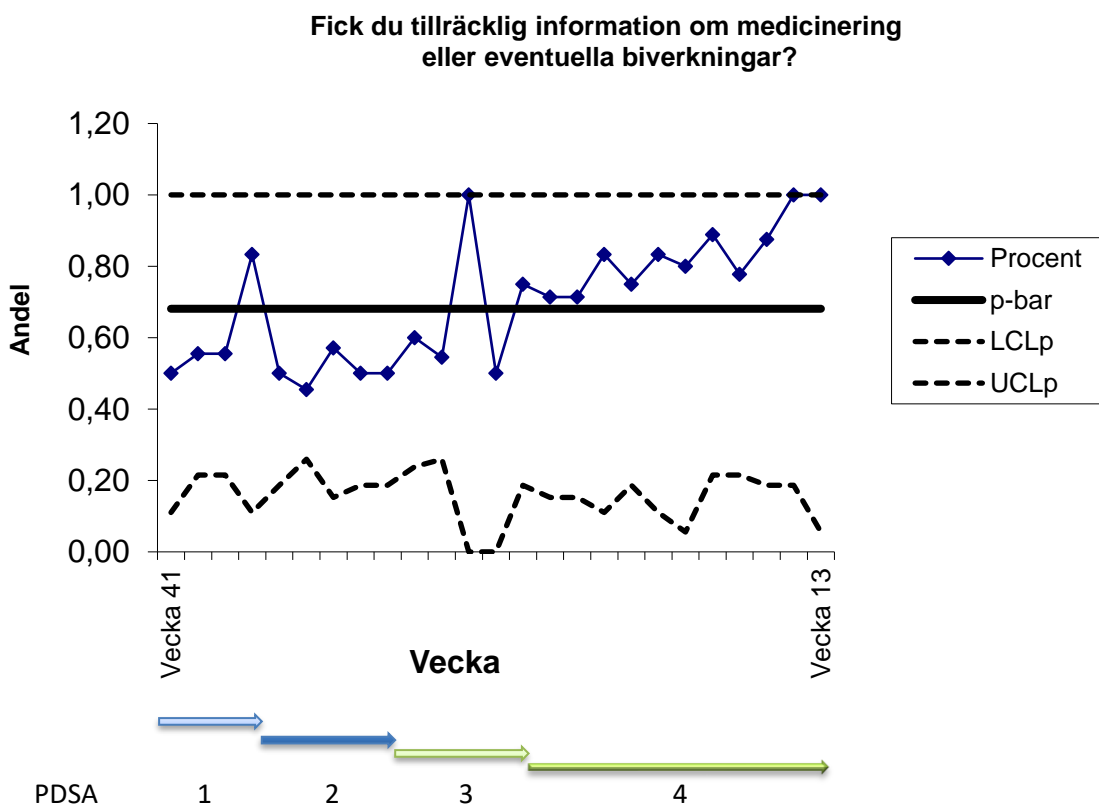
Arbetsgivare: *Region Kronoberg*

Enhet: *Medicinavdelning 3, Centrallasarettet Växjö*

Bilaga 1



Figur 1. Baslinjemätning inför uppstart av förbättringsarbetet. För att verifiera resultatet från den Nationella patientenkäten bröts en övergripande fråga loss för att få ett aktuellt utgångsläge.



Figur 2. Mätning över tid i frågan "Fick du tillräcklig information om medicinering eller eventuella biverkningar?". Mätningen löper under hela arbetets gång och de olika PDSA-cyklerna visualiseras med pilar under diagrammet.

Kortare ledtider inom psykiatrisk diagnostik

Bakgrund

Förbättringsarbetet ägde rum inom diagnostikteamet på en psykiatrisk mottagning. Årligen kommer cirka 350 nya patienter till mottagningen, vilka alla får genomgå strukturerade psykiatriska utredningar. Utredningarna håller en hög kvalitet men tar lång tid. Då både personal och patienter lyft att ledtiderna blivit orimligt långa initierades ett större projekt, som involverade hela diagnostikteamet, för att korta ned dessa ledtider. Det aktuella förbättringsarbetet genomfördes som en del i detta större projekt.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

I den kartläggande fasen i arbetet intervjuades 5 patienter om deras upplevelse av diagnostikprocessen. Där framkom tydligt att ledtiderna ansågs vara det främsta problemet. I övrigt hade patienterna få anmärkningar på hur processen gick till.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet var att nya patienter på mottagningen snabbare skulle få tillgång till bäst lämpad behandlingsinsats för sin problematik, genom att ledtiden från start till avslut av en utredning skulle kortas ned. Detta skulle ske utan att man skar ned på de enskilda aktiviteterna i utredningsprocessen, för att inte försämra kvaliteten i utredningarna. Det konkreta målet för det aktuella förbättringsarbetet var att ledtiden från det första till det andra besöket skulle vara max tre veckor för 70 % av patienterna, och att detta skulle vara uppfyllt senast mars 2019.

Förändringsidé

Ett förbättringsförslag var att möjliggöra för patienter att boka tid till det andra besöket direkt under det första besöket. För att det skulle vara möjligt behövde medarbetare avsätta tid för det andra besöket i sina tidböcker i förväg. I detta ingick att göra en produktionsplanering för dessa besök, dvs att göra en prognos av behovet och utifrån detta planera hur många besök som man skulle avsätta tid för och vem som skulle göra det. Målsättningen om max tre veckors ledtid syftade även till att förtydliga förväntningarna för personalen.

Resultat

Projektet nådde inte målet om att 70 % av patienter skulle ha en kortare ledtid än 21 dagar mellan första och andra besöket, även om den genomsnittliga andelen ökade från närmare 0 % när arbetet startade till ca 30 % (se diagram 1). Dock minskade den genomsnittliga ledtiden från ca 100 dagar till ca 45 dagar, alltså mer än en halvering av väntetiden (se diagram 2). Detta har skett utan att andra ledtider i processen ökat. Vid slutet av arbetet hade det nya arbetssättet etablerats i teamets rutiner. Produktionsplaneringen har gjort att teamet har en tydligare överblick av olika väntelistor och ledtider än tidigare. Teamet har ett tydligare fokus på tillgänglighet och ledtider nu än tidigare. Cirka 50 % av patienterna bokade tid direkt vid första besök.

Faktorer som bedömdes ha betydelse för det lyckade resultatet var produktionsplaneringen, regelbunden uppföljning av aktuella väntetider och snabbt agerande vid ökande väntelista samt fokus på tillgänglighet. Det senare blev tydligt inte minst då ledtiden började minska redan innan förbättringsförslaget införts, vilket tyder på att medarbetarna började anpassa sina arbetssätt för att korta ledtiderna på eget bevåg.

Nästa steg

Utifrån det lyckade resultatet har man inom diagnostikteamet nu börjat applicera samma princip på andra steg i diagnostikprocessen. De data-modeller för att mäta ledtid som tagits fram inom ramen för projektet kommer att användas för alla mottagningar inom vuxenpsykiatrin.

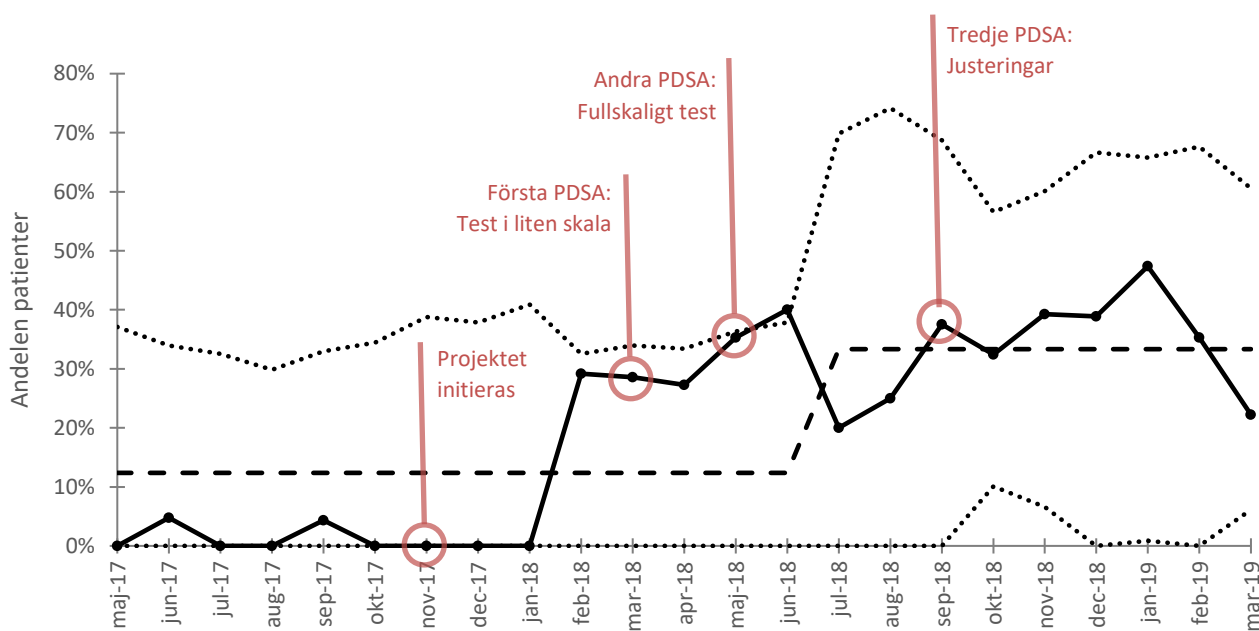


Diagram 1. Andelen patienter där ledtiden mellan första och andra besöket ej överstiger 21 dagar

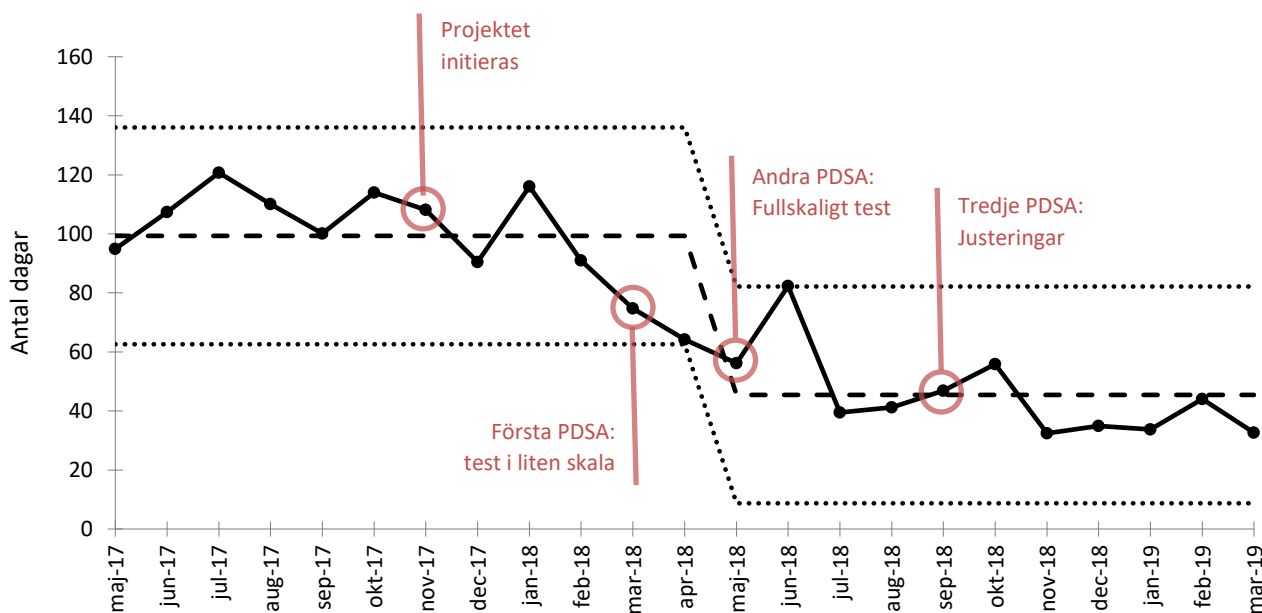


Diagram 2. Genomsnittlig ledtid mellan första och andra besöket

Faktaruta

Namn: *Thomas Drost*

Email: *thomas.drost@regiongavleborg.se*

Arbetsgivare: *Region Gävleborg*

Enhet: *Vuxenpsykiatriska kliniken, administrationen.*

Ökad brukardelaktighet genom att forma dagen tillsammans

Bakgrund

Att få till brukardelaktighet i praktiken var en utmaning på ett kommunalt korttidsboende. Genomförandeplaner upprättades endast i enstaka fall och brukaren saknade överblick över dagens eller veckans aktiviteter. Det här ville verksamheten förbättra utifrån det värde delaktighet genererar för brukaren och för att leva upp till aktuella lagkrav.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Brukarna har involverats genom den dialog som ligger till grund för upprättande av genomförandeplan samt genom att personal tillsammans med brukare planerat aktiviteter.

Syfte och Mål

Förbättringsprojektets övergripande syfte var att öka brukardelaktighet. Det specifika syftet var att brukaren skulle få inflytande och överblick av dagens och veckans aktiviteter under vårdtiden. Två mål togs fram av projektgruppen;

- 1) Upprätta genomförandeplaner tillsammans med brukaren och/eller dennes närstående inom tre dygn efter att ny vårdepisode startats på korttidsboendet.
- 2) Målet är att brukaren är delaktig i planeringen av dagens och veckans aktiviteter.

Förändringsidé

För genomförandeplaner togs ett arbetssätt fram där dialog med brukaren påbörjades omgående för att samla brukarens önskemål om vårdens utformning under vårdtiden. Planeringstavlor sattes upp på varje brukarrum för att användas som redskap i den gemensamma planeringen av olika, individuella aktiviteter under vårdtiden för brukaren.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Upprättade genomförandeplaner har registrerats och resultat har följts upp. Varje upprättad genomförandeplan, det samtal som planen föregås av och personalens följsamhet till att arbeta efter genomförandeplan är en förbättring av brukardelaktigheten. Planering av aktiviteter morgon och eftermiddag tillsammans med brukaren ökar delaktigheten under vårdtiden

Resultat

Genomförandeplaner upprättas nu för samtliga brukare som vårdas på korttidsboendet, Figur 1 (Bilaga 1). I 18 av 31 fall har målet med upprättad genomförandeplan inom tre dygn uppnåtts. Arbetssättet att planera aktiviteter morgon och eftermiddag med hjälp av planeringstavlor har lett till ökat fokus på att forma individuella aktiviteter under vårdtiden. Brukarnas och närståendes utsagor visar att planeringstavlan passar bra för vissa brukare och mindre bra för andra. Mätning har skett med hjälp av personalens självskattningar, Figur 2 (Bilaga 1).

Nästa steg

I nästa steg skall det följas upp hur brukarna uppfattar sina möjligheter att vara delaktiga, de resultaten skall användas systematiskt för fortsatt förbättringsarbete på korttidsboendet och för öka brukardelaktigheten ännu mer. Det snabba upprättandet av genomförandeplaner ses som en framgång, resultat och lokalt lärande skall nu spridas i kommunens övriga äldreomsorg.

Faktaruta

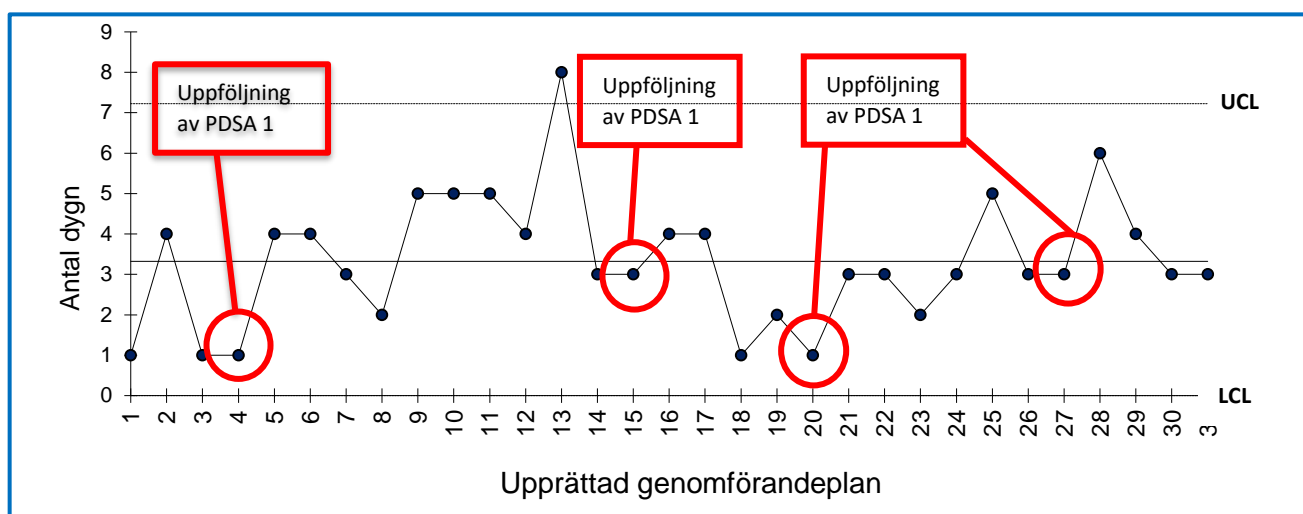
Namn: *My Eklund Saksberg*

Email: *my.eklund-saksberg@kinda.se*

Arbetsgivare: *Kinda kommun*

Enhet: *Hemsjukvård*

Hemsidan: <https://www.kinda.se/stodochomsorg/halsoochsjukvardikommunen>



Figur 1. Styrdiagram över ledtider av upprättande av genomförandeplaner på korttidsboendet mellan september 2018 och mars 2019. X-axeln visar upprättade genomförandeplaner 1-31 och Y-axeln antal dygn 1-9. Resultatet visar att den genomsnittliga tiden för upprättande av genomförandeplan för de 31 personer som registrerats är 3,3 dygn. Vid 18 av 31 vårdtillfällen har målet uppnåtts, mätpunkt under centrumlinje. Vid ett mättillfälle har värden mätts högre än den övre styrgränsen. Vid detta tillfälle hade planeringen glömts bort men fullföljdes vid upptäckt av dröjsmål.



Figur 2. Personal har självskattat sitt arbetssätt i slutet av varje arbetspass, dag- och kvällspass, utifrån påståenden som handlat om i vilken utsträckning den enskilda medarbetaren delaktiggjort brukare under arbetspasset. Varje självskattning har genererat ett snitt på max 4 poäng utifrån en fyrgradig skala, Y-axeln. Personalens självskattningar redovisas i form av aggregerade data sammansatt veckovis under en period på 14 veckor med baslinjemätning innan intervention med planeringstavla. På X-axeln ses baslinje och därefter mätpunkter till och med vecka 9. För vecka 8 saknas helt självskattningar för kvällarna varför stapel för kvällen inte är registrerad.

Tidig identifiering av patienter med risk för trycksår och förbättrad prestanda i ett mikrosystem

Bakgrund

Sjukhusförvärvade trycksår, kategori 2-4, betecknas som vårdskador. För att förebygga trycksår, är det viktigt att identifiera patienter som löper risk för att utveckla trycksår. Hudbedömning och riskbedömning av en patient ska enligt internationella och nationella direktiv utföras senast inom 8 timmar efter ankomst till sjukhus. Hudbedömningen ska upprepas dagligen av patienter med identifierad risk.

I samband med en trycksårsmätning, svarade en medicinavdelning för en högre andel trycksår än tidigare och låg andel hud- och riskbedömningar under det första vårddygnet. Upptäckten blev förbättringsarbetets utgångspunkt. Den aktuella medicinavdelningen svarar för drygt 5000 vårddygn per år och patienternas medianålder är 76 år.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet var att förbättra den trycksårspreventiva processen på medicinavdelningen och därigenom minska andelen undvikbara, sjukhusförvärvade trycksår till 0 %. SMARTA mål sattes för samtliga patienter 70 år och äldre:

- Hudbedömning och klassificering av hudstatus inom 8 timmar efter ankomst sjukhuset
- Riskbedömning inom 8 timmar efter ankomst sjukhuset
- Uppföljande hudbedömning inom 24 timmar vid identifierad risk för trycksår
- Information om trycksår, dess uppkomst och förebyggande åtgärder i samband med inskrivning

Förändringsidé

De tre dimensionerna i en modell för säkerhetskultur var tankemodell för förbättringsarbetets genomförande; riskstyrning, förståelse och beteende. Dessa tre dimensioner påverkades samtidigt. Genom att kartlägga inskrivningsprocessen på medicinavdelningen, kunde variationer identifieras. Förbättringsmodellen tillämpades för att testa förändringsidéer via PDSA och resultaten visades öppet vid daglig styrning.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Genom kontinuerliga mätningar av resultat: andel hud- och riskbedömningar, antal timmar till hud- och riskbedömning, andel hudbedömningar per dag, andel patienter med trycksår. Se Figur 1 och 2.

Resultat

Målet om hudbedömning inom 8 timmar nåddes i mars 2019, med ett medelvärde på 7 timmar till dokumenterad hudbedömning och samtidig klassificering. Målet för riskbedömning nåddes inte, men kurvan är i nedgående (se Figur 2). I mars 2019 var medelvärdet 16 timmar för dokumenterad tid till riskbedömning. Andelen hudbedömda i mars 2019 uppgick till 83 procent och andelen riskbedömda till 88 procent. Medeltid till uppföljande dokumenterad hudbedömning uppgick i mars 2019 till 32 timmar, med variation 4-105 timmar. Förbättringsarbetet pågår alltjämt.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

På initiativ av förbättringsgruppen upprättades en patientfolder, med information om avdelningen och om vad patienterna själva kan göra för att förebygga vårdskador och bidra till säkrare vård. De första 100 exemplaren utvärderas av patienter och personal. Patienter med ökad risk för trycksår erhåller även en folder med kostråd samt ett informationsblad om trycksår.

Nästa steg

Förbättringsarbetet fortsätter med nästa delprocess; trycksårsförebyggande åtgärder. Andelen patienter med ökad risk för trycksår som erhåller minst en förebyggande åtgärd, följs per månad via det balanserade styrkortet. Målet för mikrosystemet är att inom en given tidsram följa upp och utvärdera insatta åtgärder.

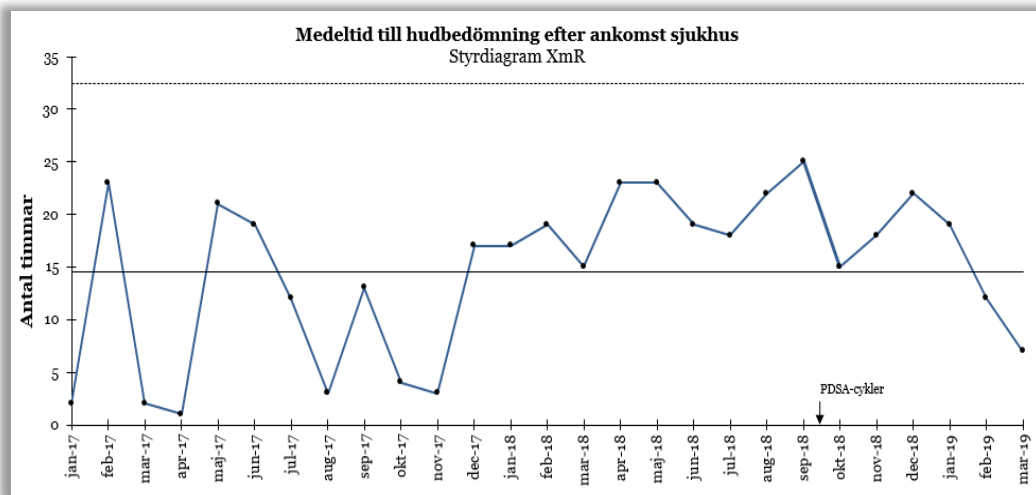
Faktaruta

Namn: *Linda Forsman*

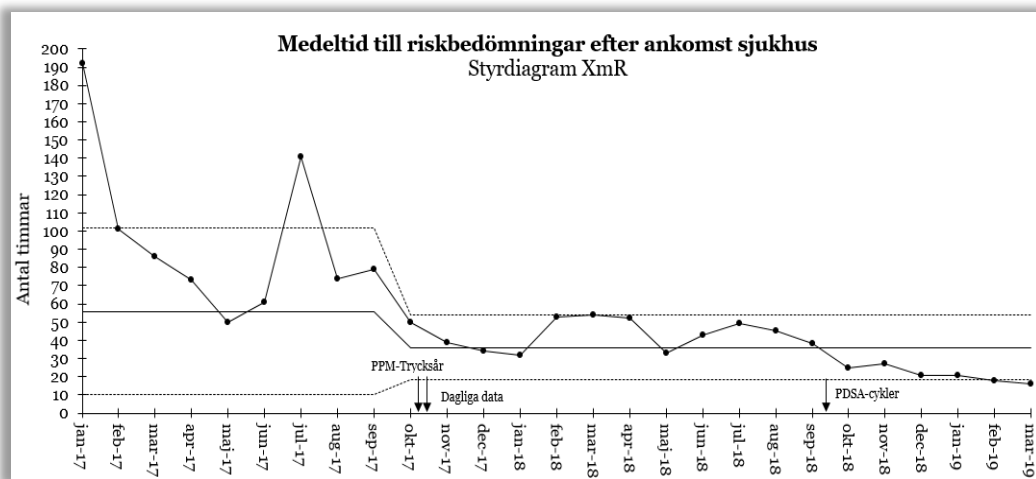
Email: linda.forsman@regionkalmar.se

Arbetsgivare: *Region Kalmar län*

Enhet: *Oskarshamns sjukhus*



Figur 1. Medeltid till hudbedömning efter ankomst sjukhus för patienter 70 år och äldre, inskrivna i slutenvården på medicinavdelningen.



Figur 2. Medeltid till riskbedömning efter ankomst sjukhus för patienter 70 år och äldre, inskrivna i slutenvården på medicinavdelningen.

Förbättrad eftervård efter bristningar grad 3-4 efter förlossning, för de kvinnor som blir förlösta på SUS i Lund och Malmö.

Bakgrund

Att få en bristning i samband med förlossning kan ge långvariga besvär, komplikationer i form av till exempel framfall och urin eller avföringsinkontinens och nedsatt livskvalitet. Rapporter och forskning visar att kvinnor som fått bristning inte får den vård eller det stöd som de behöver i efterförloppet. Det finns behov av att förbättra information, uppföljning och tydlighet i vårdens organisering.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Som en del i förbättringsarbetet har patienter involverats med flera tillvägagångssätt, genom frågeformulär, telefonintervjuer, patientföreträdare i förbättringsarbetet och workshop enligt tjänstedesignmetodik.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att förbättra eftervården efter bristning grad 3-4 genom att strukturera och systematisera uppföljning, förbättra bedömning och diagnostik, förbättra informationen till kvinnorna och utveckla verksamhetens arbete med patientdelaktighet.

Målet var att alla kvinnor ska följas upp vid en specialiserad bäckenbottenmottagning inom 12 veckor, alla kvinnor ska bedömas och undersökas med 3 D ultraljud, kvinnorna ska uppleva att de fått tillräcklig information och minst tre former för patientdelaktighet ska ha testats.

Förändringsidéer

PDSA 1: Strukturera och systematisera uppföljning – införa bristningsregistret, införa ny internremiss-hanteringsrutin, standardisera uppföljningsbesöket.

PDSA 2: Förbättra bedömning och diagnostik - införa en bäckenbottenmottagning, införa 3D ultraljud vid uppföljningsbesök.

PDSA 3: Förbättra informationen till kvinnorna – revidera skriftlig patientinformation, införa fler informationstillfällen, införa remissbekräftelser, införa nytt arbetssätt med individuell muntlig bäckenbotteninformation innan hemgång.

PDSA 4: Göra patienterna delaktiga och införa en vårdkedja utifrån patienternas behov och tillsammans med patienterna.

Hur vet du att dessa förändringar är förbättringar?

Flera interventioner inom varje PDSA har genomförts. Mätningar har skett mot mål för respektive intervention och variationerna i processerna har monitorerats med styrdiagram.

Resultat

Alla kvinnor följs upp genom bristningsregistret. Alla kvinnor erbjuds uppföljningsbesök med 3D ultraljud för bedömning av skadan och risk för komplikationer. En vårdkedja har införts som tydliggör patienternas process och var patienterna vårdas och följs upp. Tillgängligheten till vården har ökat genom att kontaktbarnmorskor införs.

Nästa steg

Förbättringar är under införande, arbete pågår med att testa fler förbättringar inom verksamheten.

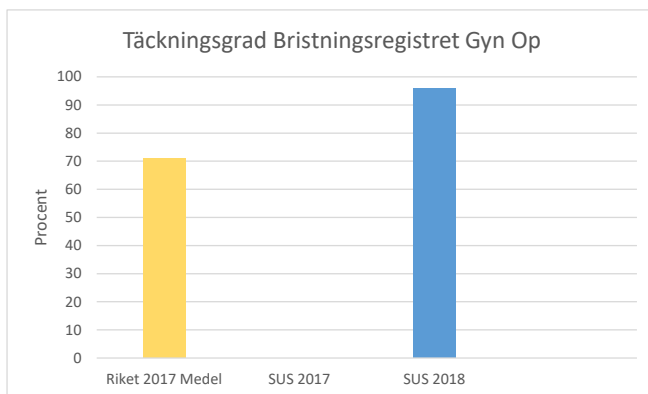
Faktaruta

Namn: *Sara-Marie Gertsson*

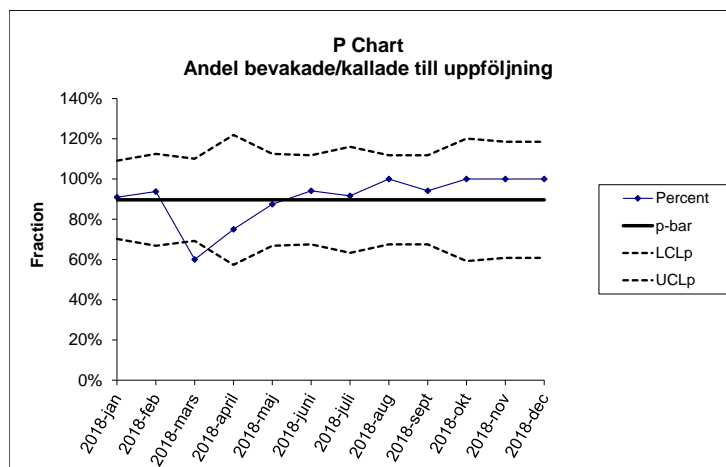
Email: *sara-marie.gertsson@skane.se*

Arbetsgivare: *Region Skåne*

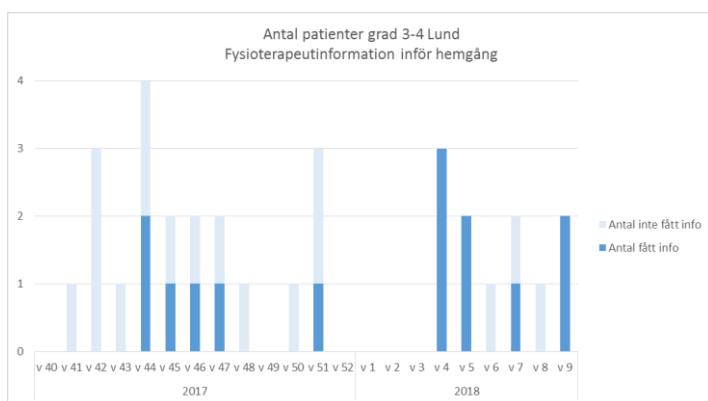
Verksamhetsområde *Kvinnosjukvård, Skånes universitetssjukhus*



PDSA 1 – Systematiserad uppföljning
 Uppnådd täckningsgrad i bristningsregistret
 Resultat: Riket 2017, (SUS 2017=0) SUS 2018 96 %



PDSA 2 – Förbättrad bedömning och diagnostik
 Styrdiagram, andelen bevakade/kallade till uppföljning på
 bäckenbottenmottagning
 Resultat: Variation andelen bevakade/kallade, 100 % har uppnåtts
 för augusti och från oktober 2018



PDSA 3 – Förbättra information genom individuell information av
 fysioterapeut inför hemgång
 Antalet patienter fått/inte fysioterapeutinformation inför hemgång
 relaterat till totala antalet som fått bristning grad 3-4
 Resultat: 3 av 11 patienter har inte fått individuell information från
 v 4 2019

Utveckla och testa en utbildning i grundläggande förbättringskunskap för fysioterapeuter under specialistutbildning

Bakgrund

För Hälso- och sjukvårdens professioner är den kunskap som inhämtas under grundutbildningen inte tillräcklig för ett helt yrkesliv. Kunskapsområdet utvecklas ständigt, nya behandlingsmetoder tillkommer och kompetensutveckling är nödvändigt för att nya evidensbaserade arbetssätt och behandlingsmetoder skall utvecklas och implementeras. Utmaningar finns i form av en åldrande befolkning, bristande kompetensförsörjning och begränsade ekonomiska resurser. Fack- och professionsförbundet Fysioterapeuterna har för att möta Hälso- och sjukvårdens behov sedan 1996 en specialistordning som omfattar 16 olika specialistområden. Uppdrag för en specialistfysioterapeut kan vara att ansvara för utveckling av vårdprogram, handleda kollegor till specialistkompetens, utveckla den specialiserade vården inom specialistområdet samt stödja implementering så att evidensbaserad fysioterapi tillämpas. Utifrån de krav som ställs på en specialistfysioterapeut med ett ökat ansvar för utveckling av vården upptäcktes ett behov av förbättringskunskap inom specialistutbildningen då den kunskapen idag inte tillgodoses inom grundutbildningen.

Syfte

Förbättra den blivande specialistfysioterapeutens förmåga att kritiskt granska och förbättra sitt arbete avseende patientnytta och patientsäkerhet

Mål

Fysioterapeuterna upplever att kunskap i förbättringsarbete tillför värde för dem och patienterna i det dagliga arbetet.

Förändringsidé

Utveckla och testa en utbildning i Grundläggande förbättringskunskap för fysioterapeuter under specialistutbildning. Utbildningen omfattade fem webinarier, en timme långa, under totalt 15 veckor. Dessutom innefattade utbildningen hemuppgifter samt ett eget mindre förbättringsarbete.

Resultat

Gemensamt för de sex fysioterapeuter under specialistutbildning som fullföljde pilotutbildningen i grundläggande förbättringskunskap, var att samtliga upplevde att utbildning i förbättringskunskap tillförde värde till deras kliniska arbete se fig 1. Man upplevde att använda förbättringsverktygen gav en ökad förmåga att genomföra förbättringar i sin egen verksamhet, dess processer och flöden och gav en ökad medvetenhet om, och förståelse för, det system man arbetade i.

Nästa steg

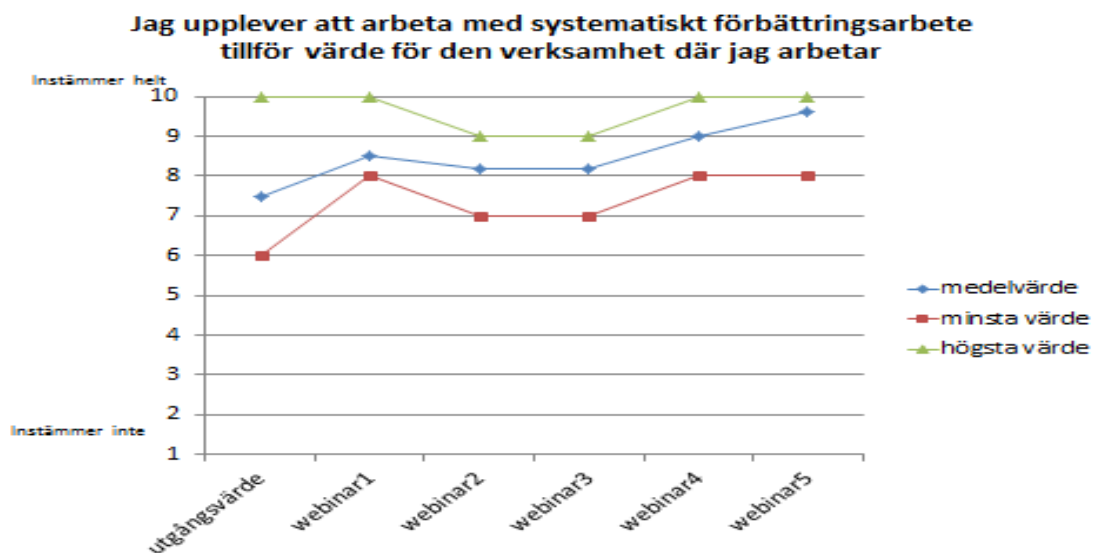
Utbildningen var ett pilotprojekt och behöver testas i större skala innan eventuell implementering. Utvärderingen visade på önskemål om en något längre utbildning som borde innehålla tydligare vetenskaplig förankring genom litteraturstudier. Utbildningen bör också ge mer tid att genomföra förbättringsprojekt på egna arbetsplatsen.

Faktaruta

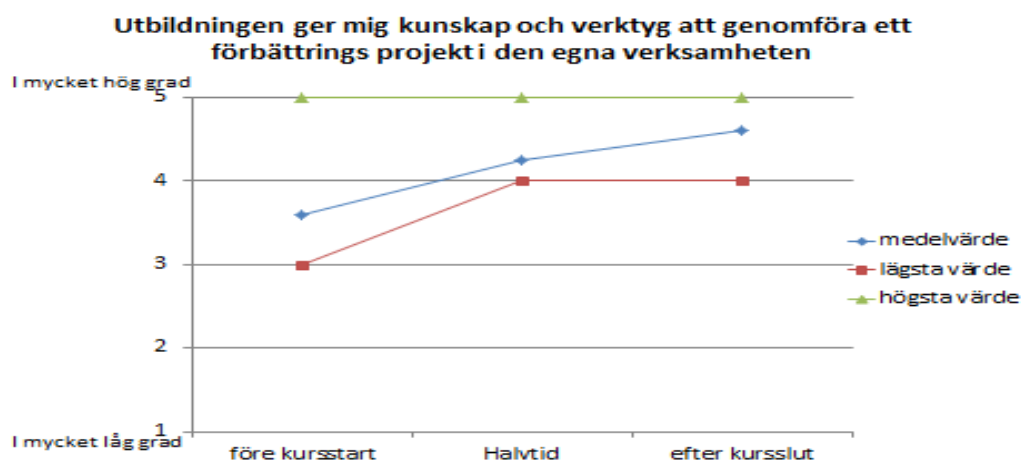
Namn: *Marie Granberg*

Email: marie.granberg@fysioterapeuterna.se

Arbetsgivare: *Fysioterapeuterna*



Figur 1 visar hur fysioterapeuternas uppfattning om värde av förbättringskunskap förändrats under de 15 veckor kursen pågick.



Figur 2 visar fysioterapeuternas uppfattning av hur utbildningen ökat förmågan till att genomföra förbättringsarbete i egna verksamheten. Noteras ska att ingångsvärdet visar deltagarnas förväntningar, då kursen ännu inte startat.

Tillitsbaserad uppföljningsdialog – utveckling av en ny nationell metod

Bakgrund

Svensk sjukvård har genom åren använt olika principer eller kombinationer av principer för styrning. Senaste decennierna har New Public Management varit ett framträdande drag i styrningen i varierande grad. Olika sorters styrning ger olika resultat och kritik har framförts från statligt, regionalt och lokalt håll mot rådande system och de förutsättningar det skapar för vårdprofessionerna att ge medborgarna en god vård. Det föreligger således ett behov av utveckling av alternativa styrningsformer för bland annat den del av styrningen som avser uppföljning av verksamheter. Detta förbättringsgap låg till grund för den intervention som blev är ett nationellt projekt riktat till regionernas hälso- och sjukvårdsförvaltningar och dess styrning och uppföljning av primärvården.

Patientinvolvering

Som projekt på nationell nivå innebar patientinvolvering särskilda utmaningar, vilket hanterades genom att fokusera på det kliniska mikrosystemet som är centrerat kring patienten, i det här fallet vårdcentralen, och deras möjligheter att skapa värde med och för de patienter de har hand om.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förbättringsprojektet var att utveckla, testa och förbättra en metod för uppföljning av primärvårdsenheter, som skapar ökat värde för mikrosystemet och främjar tillit och utveckling. Målen för förbättringsarbetet var att 1. under perioden 24/8 2018 – 1/4 2019 utveckla och iterativt förbättra en metod för uppföljning av primärvårdsenheter, tillsammans med användarna och 2. Den 2 april 2019 presentera en metod för uppföljning av primärvårdsverksamheter som uppfyllde kriterierna att:

- Vara **användarvänlig** för deltagande parter
- Främja **tillit** mellan deltagande parter
- Främja **utveckling och lärande** för deltagande parter
- Skapa **värde** för deltagande parter och de verksamheten är till för
- Ta hänsyn till verksamhetens **komplexa natur**
- Vara **resurseffektiv**

Förändringsidé

Utifrån kriterierna togs ett förslag fram på en metod för tillitsbaserad uppföljningsdialog som testades på sex vårdcentraler, varav test utfördes på tre vårdcentraler tillsammans med representanter från beställarenheten och utvecklingsavdelningen i Region Stockholm.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Utvärdering och justering av metoden var framför allt kvalitativ och utfördes utifrån kriterierna genom strukturerad muntlig utvärdering i slutet av varje uppföljningsdialog, kort enkät och intern utvärdering i uppföljningsteamet. Även enkel enkät användes för att justera modellen och dess potential att förbättra.

Resultat

En utveckling av feedback som ledde till ett minskande antal justeringar av metoden sågs utmed projektperioden. Inga mätbara förbättringar sågs i resultaten från enkäten, vilket sannolikt beror på ett generellt positivt utfall. Sammanfattningsvis drogs slutsatsen att såväl verksamhet som beställare ser ett värde i den utvecklade metoden, vilket bekräftas i relaterad följestudie.

Nästa steg

Flera steg har redan tagits mot att skapa en rörelse mot en ny form av styrning, bland annat genom presentation av interventionen för det nationella nätverket för Sveriges vårdvalsorganisationer (Vårdvalsnätverket, Sveriges Kommuner och Landsting, SKL) vid två tillfällen samt arrangerande av ett seminarium för att stödja omsättning av lärandet från förbättringsarbetet i praktiken där ett 50-tal personer deltog.

Faktaruta

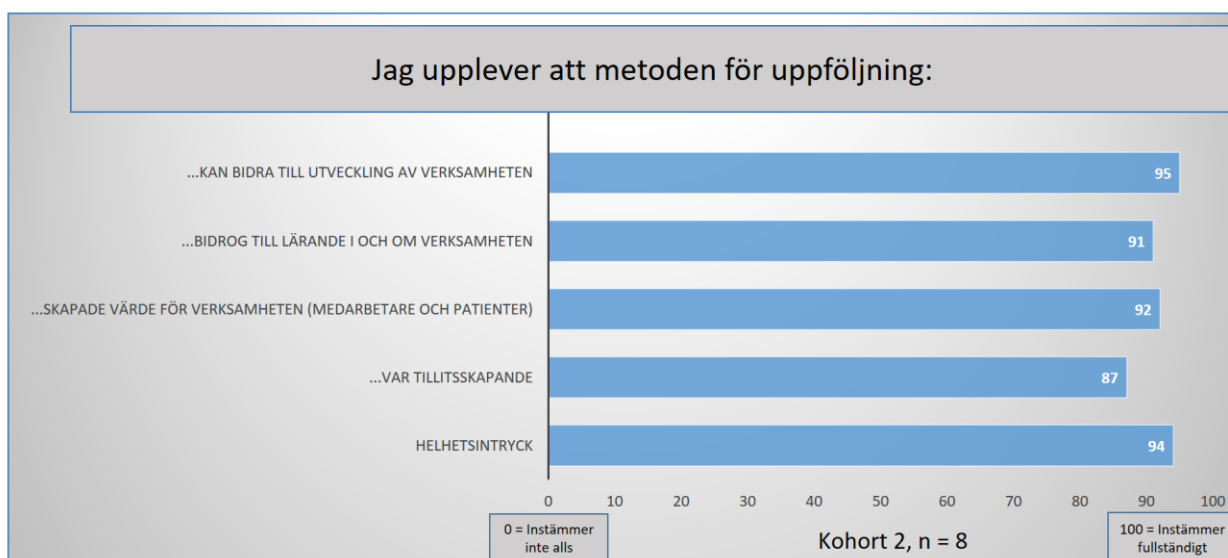
Namn: *Stina Gäre Arvidsson*

Email: stina.gare.arvidsson@gmail.com / Stina.GareArvidsson@skl.se

Arbetsgivare: *Helsa VC Sundbyberg och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)*

Hemsida: www.skl.se

Resultat från deltagande vårdcentralers utvärdering av tillitsbaserad uppföljningsdialog



Etiska överväganden: På grund av att de enskilda mätpunkterna består av det begränsade antalet deltagare som är lätta att identifiera, redovisas av etiska skäl inte resultaten från enkäten över tid.

Frågor utan rätta svar – att smärtskatta utifrån patientens upplevelse.

Införandet av validerat smärtskattningsinstrument i en palliativ hemsjukvårdsenhet.

Bakgrund

Förbättringsarbetet har infört systematisk utvärdering av patientupplevd smärta med hjälp av ett validerat smärtskattningsverktyg. Detta har skett på en enhet för specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) för palliativa vård vid Mälarsjukhuset, Eskilstuna (MSE), Region Sörmland. Enheten har 30 vårdplatser och bemannas av 12 sjuksköterskor. Till enheten finns en läkartjänst som senaste tiden saknar fast bemanning. Palliativa vård innebär att fokusera på att lindra, avlasta och trösta i stället för att bota sjukdom. Målet för palliativ vård är att skapa förutsättningar för patienten att möta döden på ett tryggt och värdigt sätt. WHO's definition av palliativ vård är att öka livskvaliteten för patienter som diagnostiserats med dödlig, obotlig sjukdom och deras familjer. Fysiska, psykiska, emotionella och existentiella symtom ska lindras tidigt i förloppet. God smärtlindring nämns som första punkt och det symtom som oftast förhindrar en aktiv och meningsfull sista tid i livet.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Patienten skattar sin smärta själv genom en numerisk utvärdering (NRS) där 0 är ingen smärta och 10 står för värsta tänkbara smärta. Personalen dokumenterar värdet i patientjournalen. Tidigare saknades helt systematisk utvärdering och dokumenterad uppföljning av farmakologiska insatser och omvårdnadsåtgärder för smärtlindring på enheten. NRS-skattning med numerisk utvärdering från 0 (noll) ingen smärta till 10 som värsta tänkbara smärta med SÖS-stickan som verktyg infördes under hösten/vintern 2018-2019.

Syfte och Mål

Målet med förbättringsarbetet är att hjälpa patienter inskrivna på enheten att leva den sista tid i livet med minsta möjliga smärtsymtom. Syftet med förbättringsarbetet är att förbättra och optimera smärtbehandlingen för patienter inskrivna i SSIH. Hypotesen för förbättringsarbetet var att en bättre smärtbehandling skulle minska behovet av akuta insatser med snabbverkande läkemedel. Därför följdes förbrukningen av akuta snabbverkande läkemedel som ett mått på om enheten hade sin smärtlindrande process under kontroll eller ej.

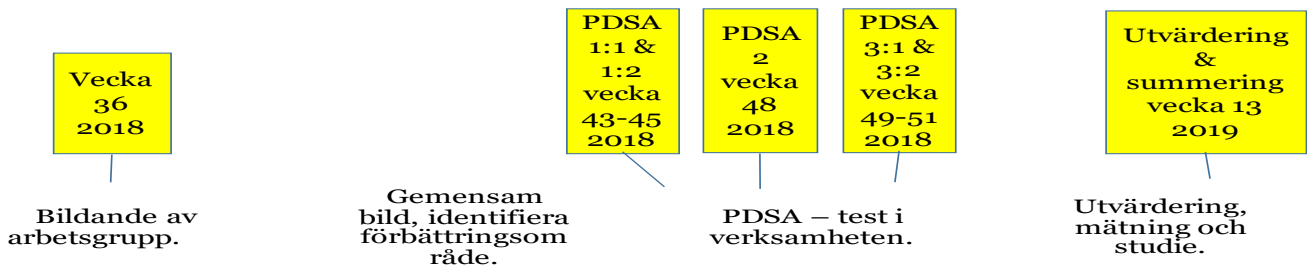
Förbättringsarbetets SMARTa mål har varit att SSIH ska från vecka 43 2018 kontinuerligt utvärdera effekten av smärtbehandling med hjälp av validerade smärtskattningsverktyg vid kontakt med patienter med målet att vecka 14 2019 smärtskattas 80 % av inskrivna patienter regelbundet.

Förbättringsidé

Nolans förbättringsmodell – tre inledande frågor	
MÅL – Vad vill vi åstadkomma?	Förbättrad utvärdering och optimering av given smärtbehandling med hjälp av NRS.
MÅTT – Hur vet vi att en förändring är en förbättring?	Medelvärde NRS på enheten under 4 samt färre dokumenterade NRS över 7. Minskat behov av akuta smärtlindrande injektioner.
FÖRÄNDRINGSIDÉ – Vilka förändringar kan vi göra/pröva som leder till en förbättring?	Gemensamt arbetssätt där NRS efterfrågas och dokumenteras ger överblick och möjlighet till individanpassad optimering av smärtbehandling.
TESTA -	PDSA-hjul

?

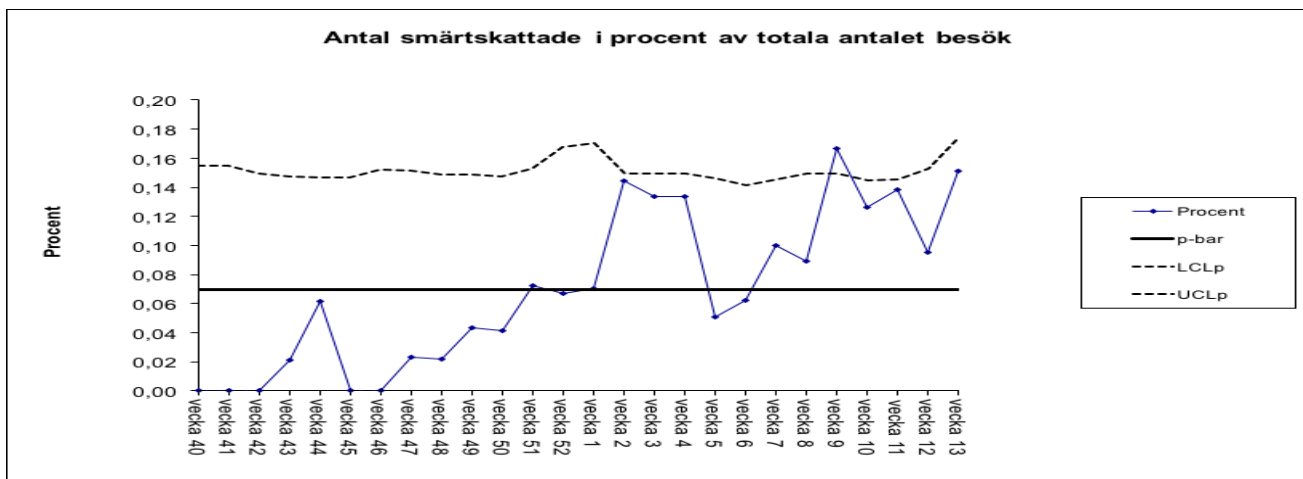
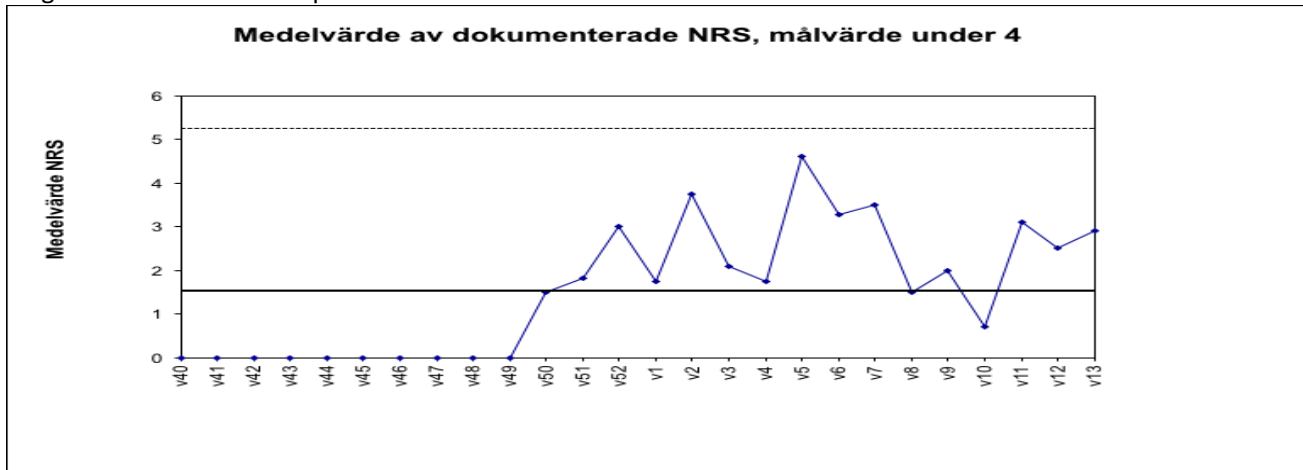
Förbättringsarbetet har genomförts med Nolans modell för förbättring och Demings PDSA-cyklar för fortlöpande utvärdering och förändring. Microsystemet beskrivs genom 5P-modellen enligt liksom fiskbensanalys för att systematiskt hitta faktorer som bidrar till problemet. Totalt har tre olika PDSA cyklar genomförts, två av dessa hjul har prövats flera varv. Förbättringen innebar nytt arbetssätt där NRS för patientupplevd smärta ska dokumenteras vid varje patientmöte. De förändringar som prövats är PDSA 1:1 information om nytt arbetssätt samt fokusområde och start av förbättringen, PDSA 1:2 uppföljningsmöte och mer information, PDSA 2 införandet och utdelning av NRS-skattningsverktyget SÖS-stickan, PDSA 3:1 fortlöpande återkoppling av antalet dokumenterade NRS per vecka av totala antalet patientbesök samt PDSA 3:2 fortlöpande återkoppling av enhetens medelvärde för NRS per vecka.



Tidsaxel över förbättringsarbetet och dess olika delar.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Från v40 2018 tom v13 2019 har manuell journalgranskning utförts, med i genomsnitt 26 patienter inskrivna och 93 genomförda hembesök per vecka.



Resultat

Dokumentationen av NRS var under v13, 2019, över 15 %, vilket är en ökning från inga dokumenterade NRS men har ej nått upp till de uppsatta målen. Frågor om efterfrågan, behov och reliabiliteten i data som dokumenteras behöver följas upp för att full ut kunna bedöma och utvärdera resultatet. Förbättringen har underlättat framtida studier och utvärdering av enhetens arbete med personcentrerad smärtlindringsregim. En viss minskning av förbrukningen av akuta snabbverkande smärtlindrande läkemedel, både injektioner och kapslar, har kunnat ses men inte på statistiskt mätbar nivå.

Nästa steg

Fortsatt arbete med kvalitetssäkring och systematisk utvärdering av verksamheten med fokus patientens behov, upplevelse och tillfredsställelse av den vård som erbjuds drivs. Förbättringsgrupper inom bl a munhälsa, ångest/oro och anhörigstöd arbetar nu aktivt på enheten.

Faktaruta

Namn: Karin Halldorf

Email: karin.halldorf@regionsormland.se

Arbetsgivare: Medicinkliniken, Mälarsjukhuset Eskilstuna, Region Sörmland, enhet: SSIH

Hur ser planeringen ut för min rehabilitering?

- ett förbättringsarbete för att korta väntetider och förbättra information i en rehabiliteringsverksamhet

Bakgrund

Synpunkter från patienter på långa väntetider och brister i information inför dagrehabilitering blev starten på ett förbättringsarbete vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken i Jönköping.

Patientinvolvering

Förbättringsarbetet genomfördes tillsammans med personer med tidigare patienterfarenhet vid kliniken. En personcentrerad processkartläggning där förbättringsteam och patienter deltog blev grunden till att identifiera patientens behov under olika delar av rehabiliteringsprocessen. Informationsmaterial i form av skriftligt material och ett bildspel till 1177 utarbetades i samskapande.

Syfte och Mål

Övergripande syfte var att öka kvaliteten genom förbättrad vårdlogistik och rätt information i rätt tid.

SMARTA mål med uppföljning mars respektive april:

- 80 % av patienterna ska erbjudas dagrehabilitering inom 90 dagar.
- 80 % av patienterna ska erhålla kallelse minst två veckor före start av rehabiliteringsperioden.
- Alla patienter ska uppleva sig informerade om planering, väntetider och praktisk information.
- Alla patienter som väntat längre än 90 dagar ska erhålla återkoppling.

Förändringsidéer

Ett planeringssystem infördes för att korta väntetider och kalla patienter i god tid. Förbättrad information skapades i form av kallelser med tydligt syfte samt skriftlig och digital information (1177) om dagrehabilitering. I syfte att individanpassa information testades personcentrerade planeringssamtal med sjuksköterska. Prioriteringsnivåer och registreringsrutiner för väntelistan infördes för att möjliggöra återkoppling vid långa väntetider.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Systematiskt förbättringsarbete utifrån Nolans förbättringsmodell. Mätning av resultat genom journalgranskning, enkäter och telefonintervjuer.

Resultat

Förbättringsarbetet resulterade i kortare väntetider (figur 1) och bättre framförhållning vid kallelse till dagrehabilitering (figur 2). Målet med återkoppling vid långa väntetider arbetades bort då väntetiderna kortades. Utvärdering av patienternas upplevelse av information visade svag tendens till förbättring, men materialet var för litet för att kunna utvärdera om målet var uppnått.

Nästa steg

Fortsatt arbete med implementering av personcentrerade planeringssamtal. Spridning av arbetet till klinikkens andra enheter. Färdigställande av bildspel om dagrehabiliteringen till 1177. Uppföljning i syfte skapa hållbarhet över tid.

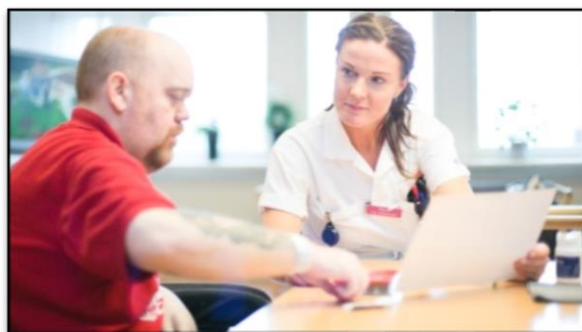
Faktaruta

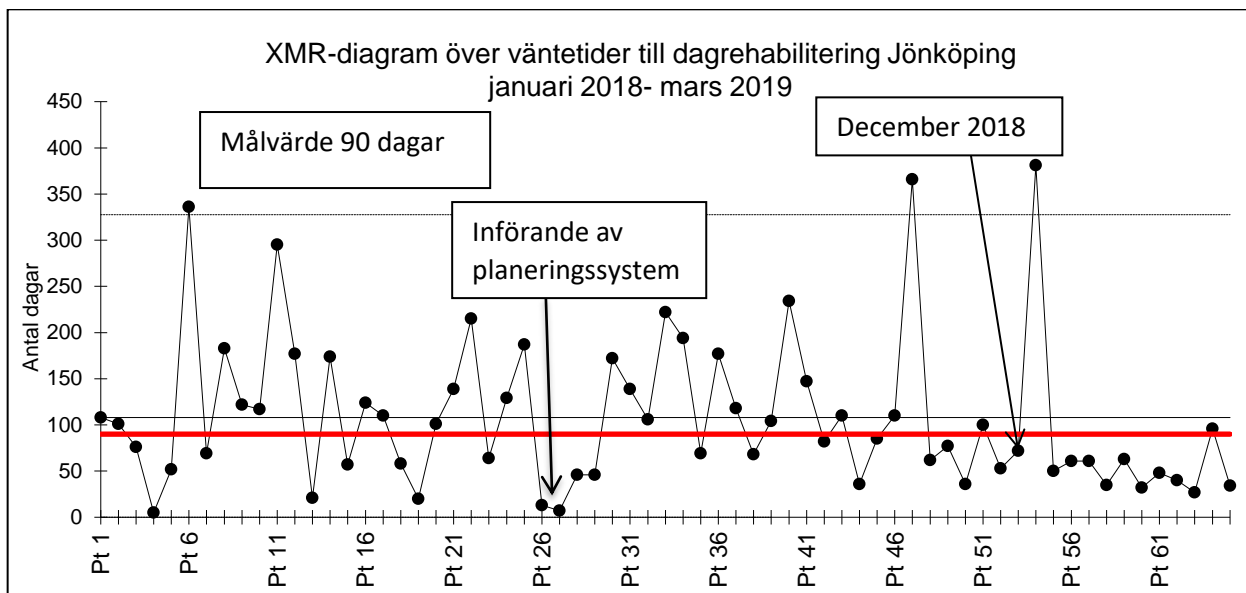
Namn: *Malin Hegen*

Email: malin.hegen@rjl.se

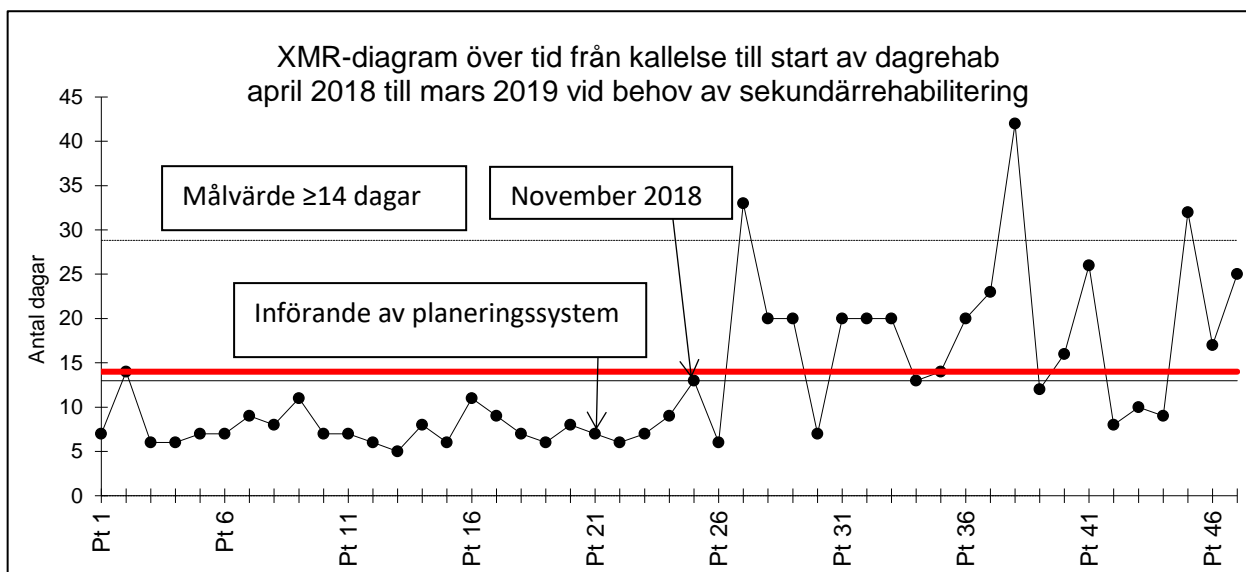
Arbetsgivare: *Region Jönköpings län*

Enhet: *Rehabiliteringsmedicinska kliniken*





Figur 1. Styrdiagram över väntetid till dagrehabiliteringen mätt från mottagningsbesöket. Varje punkt i diagrammet visualiserar en patient i kronologisk ordning. Mätning genomförd via journalgranskning. Målet var att minst 80 % av patienterna skulle erbjudas dagrehabilitering inom 90 dagar. Målet utvärderades under december 2018 till mars 2019. Under denna period påbörjade 85 % av patienterna dagrehabilitering inom 90 dagar.



Figur 2. Styrdiagram över antal dagar från kallelse till start av dagrehabiliteringen. Varje punkt i diagrammet visualiserar en patient i kronologisk ordning. Mätning genomförd genom journalgranskning. Målet var att 80 % skulle få kallelse ≥ 14 dagar före start av rehabiliteringsperioden. Målet utvärderades under perioden november-mars vilket visade att 65 % av patienterna erhållit kallelse minst 14 dagar före start. Baslinjen visar kort framförhållning och låg variation, vilket i detta fall inte var det önskade läget. Efter införande av planeringssystem sker kallelse med bättre framförhållning och variationen har ökat, vilket var önskat nyläge.

Mot en rättvis bedömning

- nya arbetssätt för en rättvis färdighetsexamination

Bakgrund

Utgångspunkt för förbättringsarbetet var en kartläggning av färdighetsexaminationer inom sjuksköterskeutbildningen på Ersta Sköndal Bräcke högskola. Sju lärare genomför examinationerna av cirka 120 studenter per termin. Kartläggningen visade en bristande rättssäkerhet vid bedömning av studenter och en bristande arbetsmiljö för lärare. Ett förbättringsarbete tillsammans med lärare initierades utifrån fördjupad kartläggning med kvalitetsmätningar.

Studentinvolvering

Studenter har involverats i arbete genom specifika studentenkäter i samband med förbättringsarbetet samt genom studentrepresentanter under utvecklingen av nya arbetssätt.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att förbättra processen för klinisk träning inom sjuksköterskeprogrammet på Ersta Sköndal Bräcke Högskola genom att utveckla färdighetsexaminationen.

Det övergripande målet med förbättringsarbetet var att uppnå en färdighetsexamination med hög rättssäkerhet och som lärare upplever har en god arbetsmiljö.

Målet är att förändringar av färdighetsexamination ska uppnå följande målsättningar till januari 2019:

- Minska variationen i godkännandegrad mellan lärare.
- Uppnå minst 80% procentöverensstämmelse mellan lärare vid bedömning av simulerade examinationer.
- Lärare som genomfört färdighetsexaminationer ska uppleva en god arbetsmiljö.

Innan start av vårterminen 2019 ska examinationsprotokoll och bedömningskriterier för färdighetsexamination av KAD vara tillgängliga, transparenta, mot studenter under kursen.

Förändringsidé

Ett förbättringspaket togs fram tillsammans med lärare och studentrepresentanter. Paketet utgörs av flera förändringar såsom att införa transparenta bedömningskriterier, examinationsprotokoll, kollegiala arbetssätt, tidtagning via surfplatta och en själv rättande examination. Parallellt med utvecklingen designades en programteori för att identifiera vilken förändringsteori som låg bakom förbättringsarbetet.

Resultat

Resultat visar på en succesivt minskad variation i bedömning mellan lärare vilket tolkats som en förbättrad rättssäkerhet. Interbedömarreliabilitetstest (mellan bedömare test) visar att det finns stor enighet mellan lärare men att det fortsatt finns utrymme för förbättring. I fokusgrupp framkommer att lärare upplever en starkt förbättrad arbetsmiljö och ökad samsyn mellan lärare gällande bedömningar.

Nästa steg

Förbättringsarbetet har givit en drivkraft i lärargruppen och organisationen för fortsatta förbättringar. Utifrån en färdighetsexamination med hög rättssäkerhet kan kvalitetsdata (andel godkända studenter per färdighetsområde) användas för att utveckla undervisning, med målet att öka kunskap och färdighet hos studenter. Att arbeta systematiskt med variation och rättssäkerhet med stöd av en programteori har visat sig framgångsrikt och tillsammans med återkommande interbedömarreliabilitetstester kan ytterligare förbättringar och lärande uppnås framöver. Nästa förbättringsarbete bygger på nya kvalitetsdata med målet att förbättra undervisningen med syfte att förbättra studenters praktiska färdigheter och på sikt deras förmåga att göra skillnad inom vården.

Faktaruta

Namn: *David Kilström*

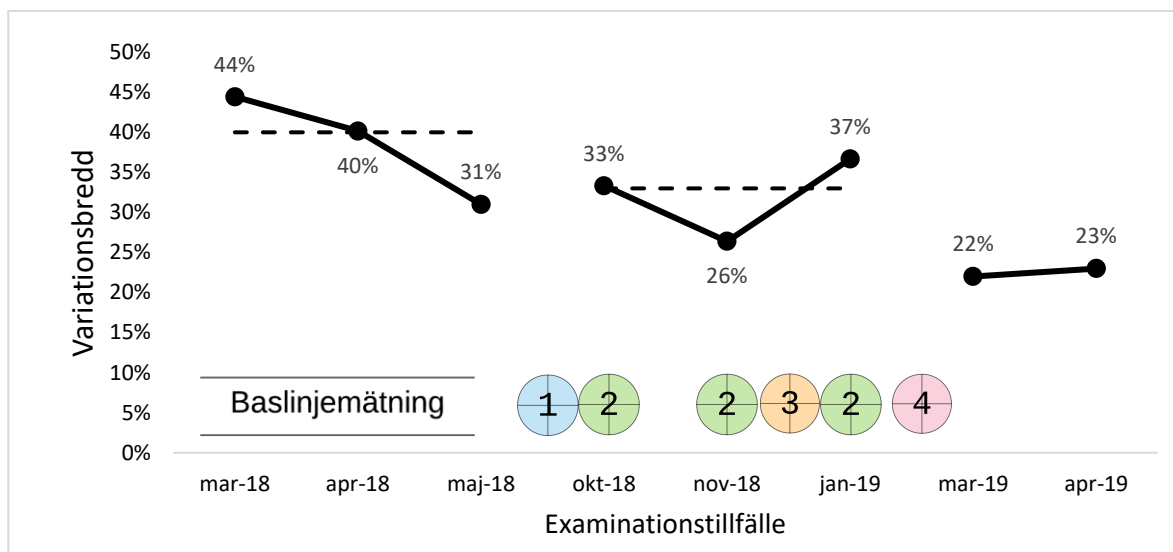
Email: david_kilstrom@hotmail.com

Arbetsgivare: *Ersta Sköndal Bräcke högskola*

Enhet: *Institutionen för vårdvetenskap*

Resultatmätningar

I figur 1 syns en succesiv minskad variationsbredd i godkännandegrad mellan lärare från baslinjemätning till efter förändring, med vissa undantag. Medianvärde (streckad linje) för baslinjemätning, våren 2018, var 40% medan värdet var 33% efter införande av nya arbetssätt, höstterminen 2018.



Figur 1. Variationsbredd vid examinationstillfällena. Streckad linje är medianvärde av variationsbredd för vår- och hösttermin 2018. Baslinjemätning och förändringar har synliggjorts. Mellan varje termin har linjen brutits. Variationsbredd räknas genom att värdet av den godkännandegrad som varit lägst dras av från värdet för den läraren med högst godkännandegrad. Cirkel med nummer 1-4 syftar på PDSA-cykler som genomförts.

- PDSA 1 var en simulerad examination med lärare
- PDSA 2 var färdighetsexamination med studenter efter nya arbetssätt
- PDSA 3 var ett interbedömarreliabilitetstest, se i tabell 1.
- PDSA 4 var när dokument gjordes transparenta för studenter.

Tabell 1

Interreliabilitetstest med procentöverensstämmelse mellan lärare för test 1-3

	Test 1	Test 2	Test 3
Aseptik	100%	60%	80%
Ren metod	80%	80%	80%
Basala hygienrutiner	80%	100%	100%
Bedövning	100%	100%	80%
Hantering av kateterballong	60%	60%	100%

Kommentar. Tester utgörs av simulerade examinationer på video som lärare ser och bedömer enskilt. Testerna skedde vid samma tidpunkt och är utmärkt i figur 1 som PDSA 3 (den gula cirkeln). Tabell är framtagen genom att räkna ut andel lärare som bedömt lika, procentöverensstämmelse, på respektive färdighetsområde och test. Varje färdighetsområde kan endast ge godkänt eller underkänt betyg. 100% innebär att fem av fem lärare bedömt lika medan 60% innebär att två-tre bedömt lika.

Ett förbättringsarbete i hur ett systematiskt kvalitetsarbete leder till effektivare möten och positiva hälsoeffekter inom äldreomsorgen

Bakgrund

Under de senaste åren har det inte funnits ett systematiskt arbete med kvalitetsfrågor och strukturerad handledning på detta privata vårdboende i Skåne. Boendet har 34 boenden och ca 30 anställda. Under 2017 kritiserades boendet för att ha risker för patientsäkerheten samt en osäker avvikelshantering.

Brukar-involvering och perspektiv

Brukarinvolveringen har inneburit att de boendes svar på den nationella brukarenkäten för de äldres nöjdhet med sitt vårdboende användes som en kvalitetsindikator i förbättringsarbetet. De fem frågor med sämst utfall på enkäten bearbetades på de nya kvalitetsgruppsmötena för att höja nöjdheten på de punkterna.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att skapa lokala förutsättningar för att implementera nya arbetssätt och ökad följsamhet till kvalitetsledningssystemet. Detta skulle leda till positiva hälsoeffekter, en ökad brukarnöjdhet och en effektivare avvikelshantering. Målsättningen var initialt att minska på antalet läkemedelsavvikelser men i förbättringsarbetet visade det sig att avvikelshanteringsprocessen i sin helhet har större betydelse. Nya mötesformer och arbetssätt skulle implementeras för att uppnå struktur, personalhandledning och uppföljning och bli en integrerad del av verksamhetens rutiner före december 2019.

Förändringsidé

Förbättringsledaren införde nya strukturer och rutiner samt nya mötesformer.



Hur vet du att denna förändring är en förbättring? Resultat.

Ca 60% ökning positiva hälsoeffekter hos de boende, se diagram 1., 50% fler av personalen som dokumenterar, se diagram 2, Minskat behov av jour-sjuksköterska med ca 90%, se diagram 3 samt ökad brukarnöjdhet med ca 33%. 92% av personalen har utvärderat förbättringsarbetet i sin helhet med betyget 4 eller 5 där 5 är högsta betyg.

Nästa steg

Spridning av metod och resultat till övriga enheter i koncernen. De lokala HSL-mötena ska utökas i tid för att ha avdelningsmöte vilket blir nästa förbättringsarbete. PDSA 5 inleds efter sommaren 2019 med planering för coachande avdelningsmöte samt förbättringar inom det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Faktaruta

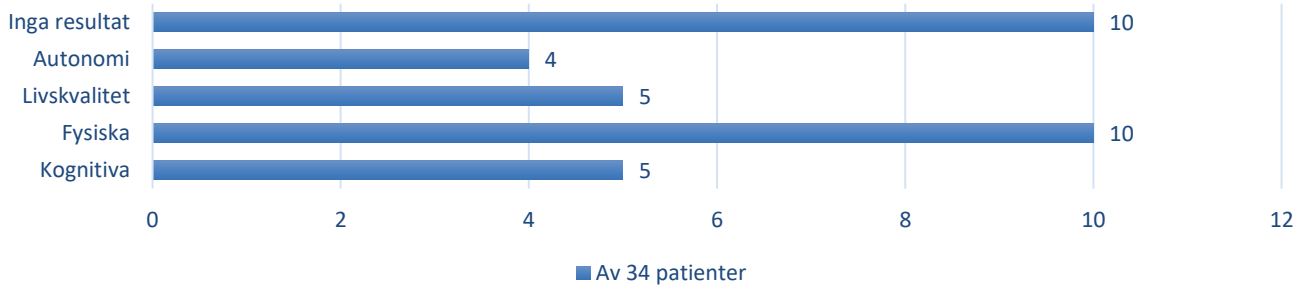
Namn: *Monica Nyman*

Email: *monne.nyman@gmail.com*

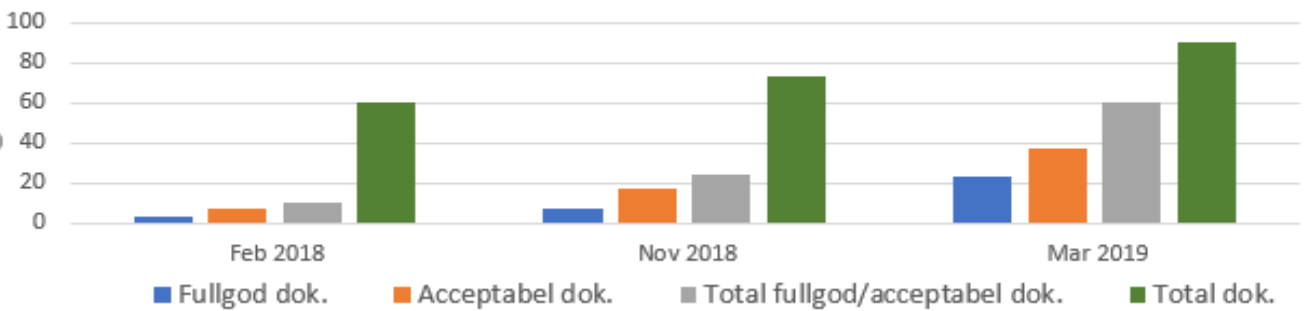
Arbetsgivare: *Norlandia Care AB*

Enhet: *Revalyckan Jonstorp*

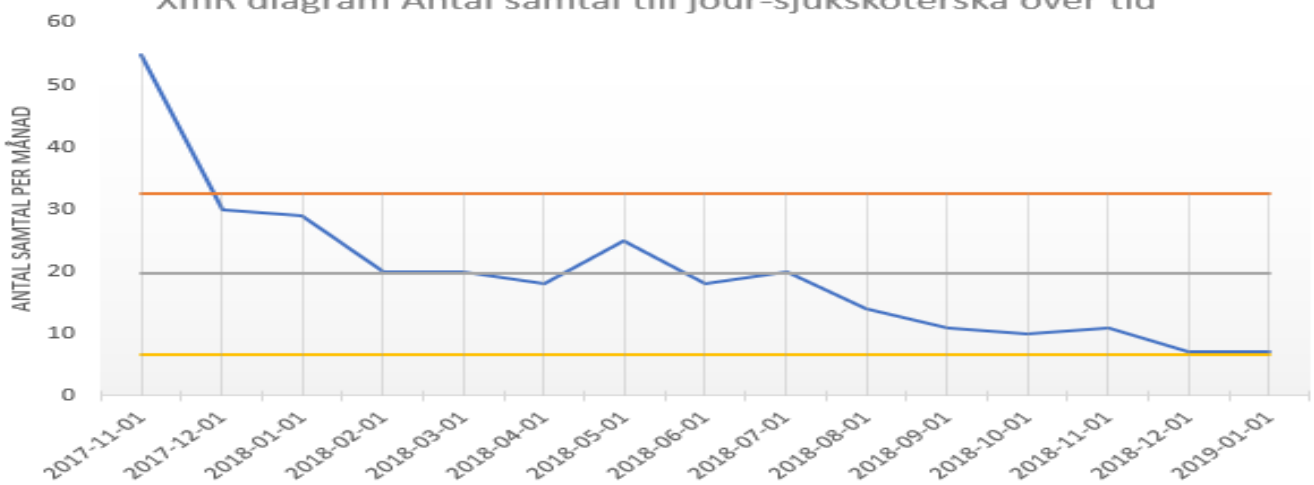
1. Antal patienter med positiva hälsoeffekter av förbättringsarbetet



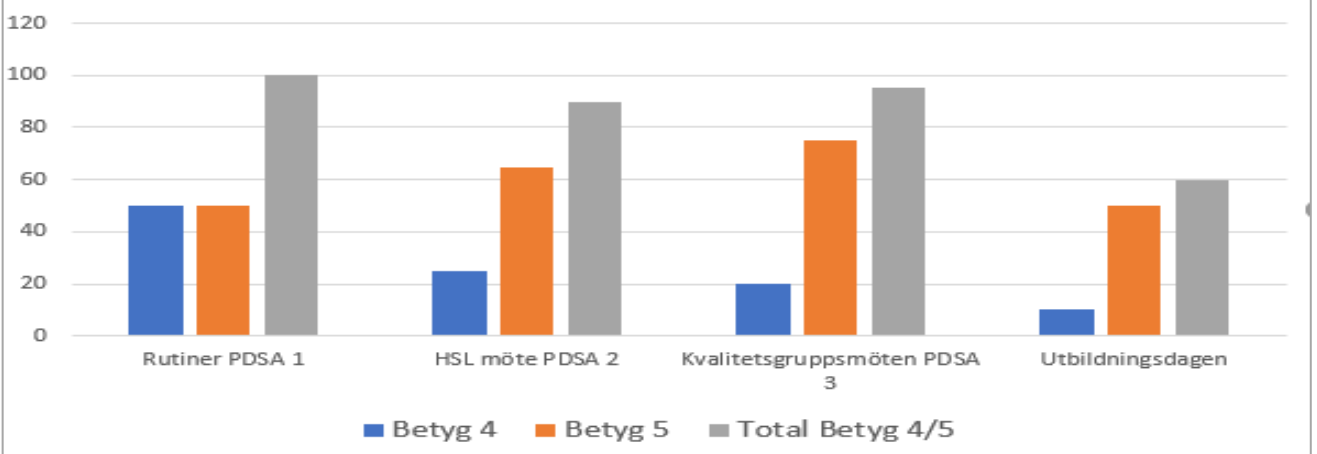
2. Dokumentationsfördelning [%]



XmR diagram Antal samtal till jour-sjuksköterska över tid



Betygsfördelning av förbättringsarbetets utvärdering [%]





Minimera separation av moder och nyfött barn med neonatal andningsstörning

Bakgrund

På Södersjukhuset har modern och det nyfödda barnet med neonatal andningsstörning (NAS, kortvarig andningsstörning) två separata vårdkedjor och vårdas i två olika mikrosystem; Neonatalavdelningen och Obstetrikeken. Det leder till att nyfödda barn med NAS separeras ofrivilligt från sina mödrar när de läggs in på neonatalavdelningen för att erhålla andningsunderstöd med nasal CPAP (Continuous Positive Airway Pressure). En separation mellan mor och barn direkt efter förlossningen kan ha en negativ inverkan på anknytningsprocessen och amningsstarten.

Patientinvolvering

Vid planeringen av förbättringsarbetet utgick en enkät till föräldrar vars barn vårdades på neonatalavdelningen. Vid studien av förbättringsarbetet har föräldrar intervjuats.

Syfte och Mål

Syftet är att minimera separation av moder och nyfött barn med NAS, under perioden som modern har kvarstående obstetriskt vårdbehov. Målet är att från och med 2017-11-01, på dagtid vardagar, ska 90 % av alla barn med NAS (födda efter graviditetsvecka 35) vårdas hudnära tillsammans med sin moder där hon befinner sig i sin vårdkedja.

Förändringsidé

Ett mobilt neonatal team bemannat med en barnsköterska vårdar, med hjälp av mobil CPAP- och övervakningsutrustning, det nyfödda barnet med NAS på moderns bröstorg där hon befinner sig i sin vårdkedja; på förlossningen, gynekologiska operationsavdelningen, uppvakningsavdelningen och BB.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Genom mätning av antalet och andelen barn som vårdats av mobila neonatala teamet samt mätning av vårdtid, CPAP-behandlingstid och amningsstart.

Resultat

Totalt har 125 barn med NAS vårdats under perioden from 2017-11-01 tom 2019-03-31 på dagtid vardagar. Av dessa har 96 barn med NAS vårdats av det mobila neonatala teamet under hela eller del av vårdtiden och för dessa barn har en separation från modern kunnat undvikas. Målnivån är ännu inte uppfylld då endast 77 % av barnen med NAS har vårdats av mobila teamet. Barnen med NAS som har vårdats av det mobila teamet har en kortare medelvårdtid och CPAP-behandlingstid samt en tidigare amningsstart i jämförelse med barnen med NAS som har vårdats på neonatalavdelningen. Vårdpersonalen på neonatalavdelningen upplever att det minskade flödet av patienter förbättrar arbetsmiljön och vårdmiljön. Föräldrar uttrycker en känsla av hög delaktighet, trygghet och nöjdhet.

Nästa steg

Arbets sättet med det mobila neonatala teamet kommer att spridas till de övriga tre neonatala enheterna i Region Stockholm.

Faktaruta

Namn: *Ann Ottosson*

Email: *ann.ottosson@sll.se*

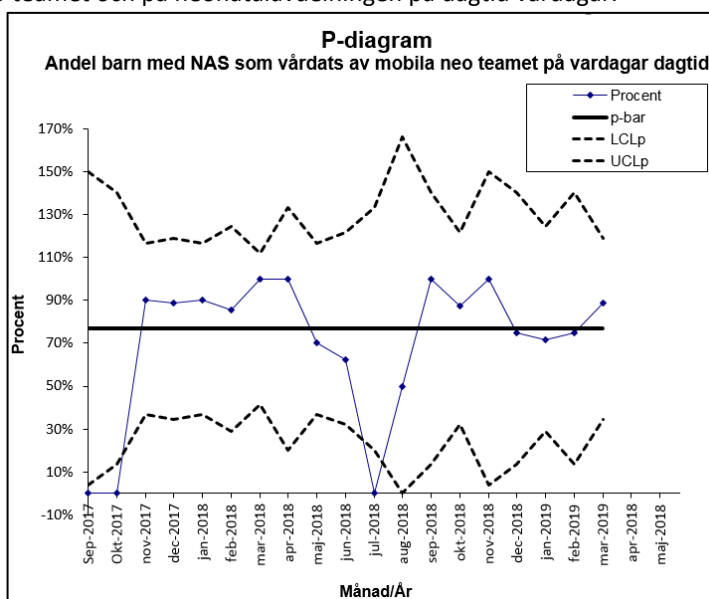
Arbetsgivare: *Södersjukhuset*

Enhet: *Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Neonatalvårdssektionen*

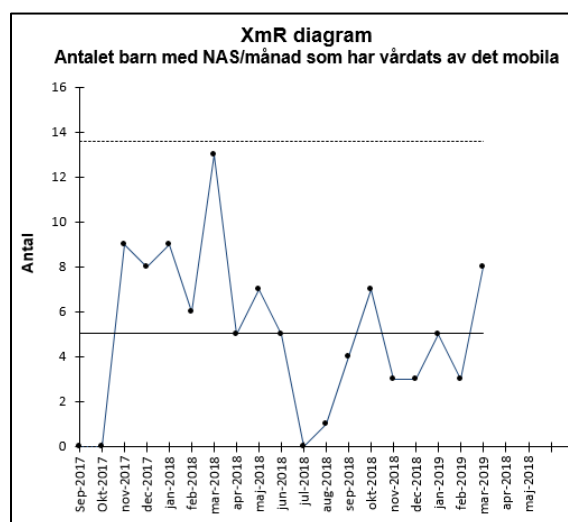
Bilaga 1 – Mätningar

Tabell 1. Statistik barn med NAS som vårdats av mobila neo teamet och på neonatalavdelningen på dagtid vardagar.

Barn med NAS på vardagar dagtid				
Månad/År	Antal barn med NAS vårdade av mobila Neo teamet	Antal barn med NAS inlagda på neonatalen	Totalt antal barn med NAS på vardagar dagtid	Andel barn med NAS som vårdats av mobila neo teamet vardagar dagtid
sep-2017	0	3	3	0%
okt-2017	0	4	4	0%
nov-2017	9	1	10	90%
dec-2017	8	1	9	89%
jan-2018	9	1	10	90%
feb-2018	6	1	7	86%
mar-2018	13	0	13	100%
apr-2018	5	0	5	100%
maj-2018	7	3	10	70%
jun-2018	5	3	8	63%
jul-2018	0	5	5	0%
aug-2018	1	1	2	50%
sep-2018	4	0	4	100%
okt-2018	7	1	8	88%
nov-2018	3	0	3	100%
dec-2018	3	1	4	75%
jan-2019	5	2	7	71%
feb-2019	3	1	4	75%
mar-2019	8	1	9	89%
apr-2018				
maj-2018				
Totalt	96	29	125	
Procent	77%	23%	100%	



Figur 1. Styrdiagram; P-diagram över andelen barn med NAS som vårdats av mobila neo teamet på dagtid vardagar.



Figur 2. Styrdiagram; XmR-diagram över antalet barn med NAS som vårdats av mobila neo teamet på dagtid vardagar.

Tabell 2: Medelvårdtid, CPAP behandlingstid och amningsstart för barn med NAS.

Medelvårdtid, CPAP behandlingstid och amningsstart för nyfödda barn med NAS.	Barn med NAS som färdigvårdats av mobila Neo teamet	Barn med NAS som har lagts in direkt på neonatalavdelning	Medelvärde för samtliga barn med NAS
Medelvårdtid timmar	3,7	11,3	7,5
CPAP behandlingstid timmar	2,6	5,0	3,8
Andel som påbörjat amning	62%	40%	51%

Citat från intervjuer med föräldrar: "Mobila teamet gör skillnad, att kunna vara delaktig i sitt barns behandling gör att man som förälder känner sig lugnare och det hjälper anknytningen."

Citat från fokusgruppsintervju med vårdpersonal: "När mobila teamet tjänstgör minskar flödet av barn på intensivvårdssalarna, vilket gör att sjuksköterskan på salen i större utsträckning kan fokusera på barnen med högre vårdbehov. Barn med NAS är fullgångna barn och när de skriker har de en störande inverkan på de små för tidigt födda barnen som vårdas på intensivvårdssalen och som är känsliga för höga ljud. Det synd att mobila teamet inte är bemannat på kvällar och helger. Det är verkligen en jättestor skillnad när mobila teamet är på plats."

Ett mål mat för bättre hälsa

Förbättringsarbete med fokus på ineliggande patienters energiintag

Bakgrund

Mer än var tredje patient som läggs in i slutenvården är undernärd eller har risk för undernäring. Orsakerna är många och effekterna förödande. Påverkad livskvalité, depression, svårigheter att tillgodogöra sig den medicinska behandlingen, förlängda sjukhusvistelser och för tidig död är några välkända effekter.

Förbättringen har berört ineliggande patienter med hematologiska-, onkologiska- och lungsjukdomar på Catio S:t Görans sjukhus på avdelning 20B och 21B. Förbättringsarbetet påbörjades efter att personalen identifierat att nutritionsprocessen inte fungerade tillfredställande.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

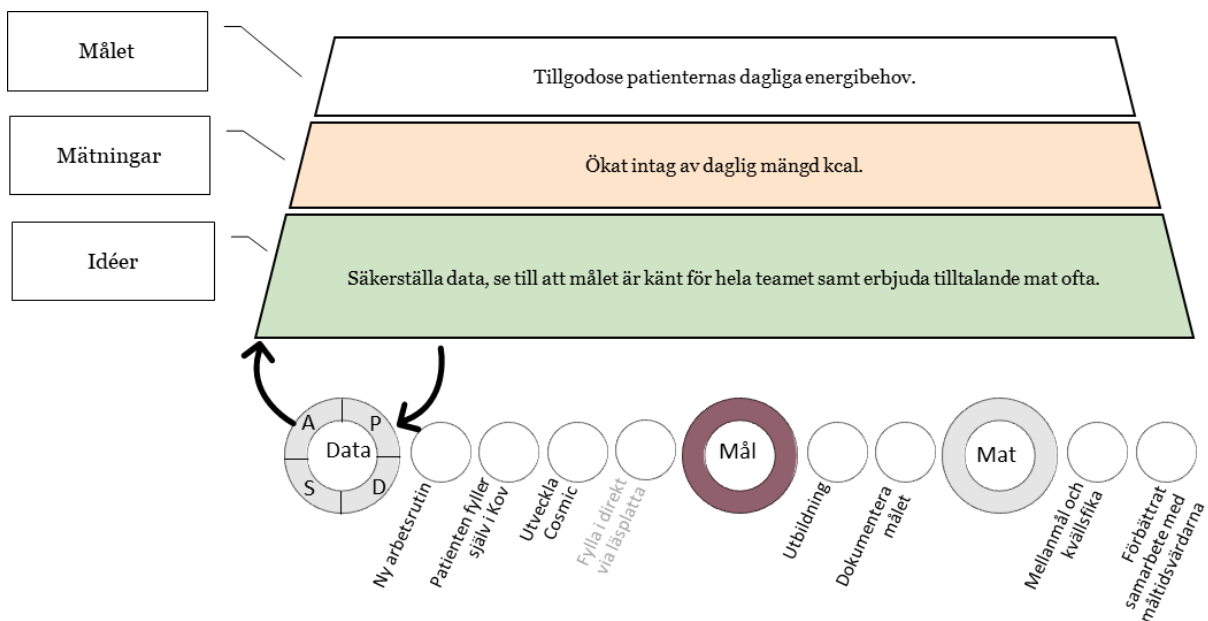
Vid sjukdom och sjukhusinläggning förändras förutsättningarna för vilken mat vi äter och tillgången till mat förändras. Behovet av energi och protein blir större för att behålla samma muskelmassa och funktionalitet. Genom dialog med patienterna ökar möjligheterna att göra rätt åtgärder för att bibehålla eller förbättra energiintaget även vid sjukdom och på sjukhus.

Syfte

Vårt mål med förbättringen var att alla ineliggande patienter på avdelning 20B och 21B fr.o.m. maj 2019, ska få sitt dagliga energibehov tillgodosett. Palliativa patienter exkluderas.

Förändringsidé

Förändringen består av tre delar. Första delen var att säkerställa data, dvs den information verksamheten arbetar med och utifrån. Denna data ligger till grund för den andra delen: behovet av ett tydligt individuellt mål som alla kring patienten känner till. För att nå detta mål krävs tillgång till tilltalande mat ofta (del tre).

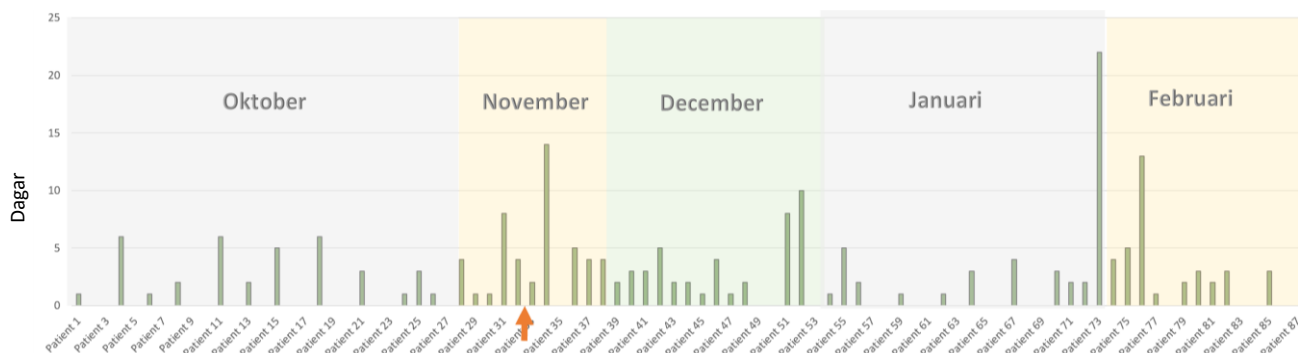


FIGUR 1, FRI TOLKNING AV NOLANS FÖRBÄTTRINGSMODELL.

KÄLLA: LANGLEY, G. J. (2009). THE IMPROVEMENT GUIDE: A PRACTICAL APPROACH TO ENHANCING ORGANIZATIONAL PERFORMANCE.

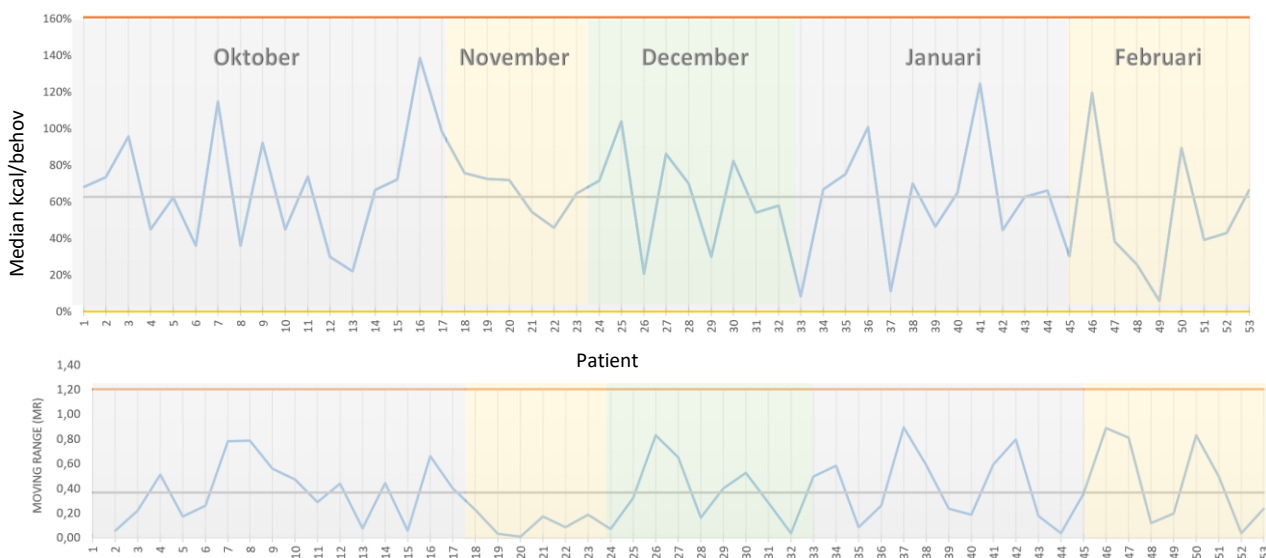
Hur vet vi att denna förändring är en förbättring?

Mängden daglig energi (kcal) som patienterna i riskgruppen erhåller, ska skrivas in i journalen minst två dagar som bedömningsunderlag. Baslinjen som gjorde i oktober visar på att endast 44% har någon energiregistrering. Efter införandet av nytt arbetssätt i mitten av november ökar frekvensen till 80% i december.



FIGUR 2, STAPELDIAGRAM ÖVER ANTAL DAGAR MED GENOMFÖRDA KALORIMÄTNINGAR PER PATIENT MED RISK FÖR UNDERNÄRING.

Nedanstående styrdiagram visar, varje enskild patients, totala registrerade energiintag (kcal) i förhållande till beräknat behov. Ett medianvärde under vårdtiden. Här ses en stor individuell variation mellan patienterna.



FIGUR 3, STYRDIAGRAM ÖVER MÅLUPPFYLLNAD AV BERÄKNAT KALORIINTAG PER PATIENT MED BEDÖMD RISK FÖR UNDERNÄRING.

Nästa steg

Förbättringsarbetet har genererat ökat samarbete med omkringliggande verksamheter i organisationen. Nästa steg är att matvärdarna, som ingår i sjukhusets servicegrupp, får tillgång till information om patienternas specifika behov. Vilket ger ökade möjligheter för patienter med specialkost att erbjudas rätt mat men också en varierad kost.

Faktaruta

Namn: *Anna Sennerö*

Email: *anna@sennero.se*

Arbetsgivare: *Capio S:t Görans sjukhus*

Enhet: *Medicin, avdelning 20 + 21B*

Säkrare vård med gröna korset?

Bakgrund

Akutvårdsavdelningen (AVA) är en observationsavdelning inom somatisk slutenvård med 24 vårdplatser där vårdtiden förväntas ligga under 36 timmar. Arbetsrutiner och arbetssätt är anpassade för korta vårdtider med snabba flöden. AVA vårdar alltfler multisjuka patienter med ökat omvårdnadsbehov, vilket ses som ökad risk för exempelvis fall trycksår samt om de definierade riskpatienterna inte blir riskbedömda och får förebyggande insatser.

Patientinvolvering

Patienten har varit en central utgångspunkt i förbättringsarbetet och deltagit vid de riskbedömningar som gjorts enligt checklisten för säker inskrivning på AVA.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet är att förhindra undvikbara vårdskador på akutvårdsavdelningen, centrallasarettet Växjö. Genom daglig tillämpning av gröna korset ska risker identifieras för att undvika vårdskador så att förebyggande åtgärder kan vidtas.

Under testperioden 2018-09-01–2019-03-31 ska ingen patient drabbas av vårdskada inom de kategorier som dagligen riskbedöms, checklista för säker inskrivning på akutvårdsavdelningen, fall, läkemedel, PVK, samt trycksår.

Förändringsidé

Tillämpa gröna korset för att dagligen identifiera undvikbar vårdskada eller risk för undvikbar vårdskada.

PDSA 1: En dagligmall och detaljplan för varje kategori.

PDSA 2: Förbättra inspektion och dokumentation av PVK enligt de rutiner som finns i Region Kronoberg.

PDSA 3: Reflektion 14:30 tillsammans med medarbetarna som arbetat dagpass.

PDSA 4: Checklista för säker inskrivning på akutvårdsavdelningen.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Antalet identifierade risker och undvikbara vårdskador har dagligen mätts inom varje kategori som sedan sammanställts varje månad/vecka. Två gånger per månad har antalet insatta åtgärder för att förebygga vårdskada mätts.

Resultat

Antalet undvikbara vårdskador har minskat och antalet insatta åtgärder ökat sedan mätningarna startade i september, vi har dock inte lyckats förebygga vårdskador till 100 %, se bilaga 1. I förhållande till det stora flödet av patienter på avdelningen identifieras få undvikbara vårdskador. En aspekt kan vara att patienten vårdas kort tid AVA vilket kan göra att undvikbar vårdskada inte utvecklas innan patienten lämnar avdelningen, är vårdtiden för kort för att vi ska hinna se effekt då förebyggda åtgärder inte vidtagits?

Förbättringsarbetet har gjort att medarbetarna riskbedömer patienterna i högre utsträckning och arbetar mer förebyggande för att förhindra att vårdskada utvecklas.

Nästa steg

Arbetet med gröna korset fortsätter fler riskområden har identifierats som kategorier vilka dagligen diskuteras.

Faktaruta

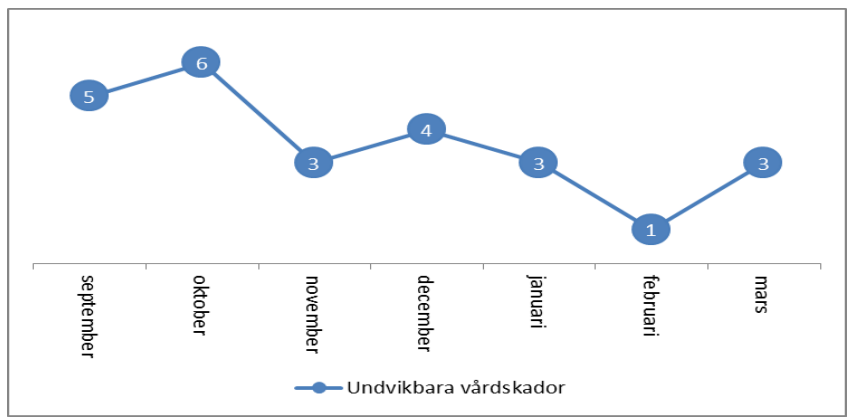
Namn: *Ulrika von Sivers*

Email: ulrika.von-sivers@kronoberg.se

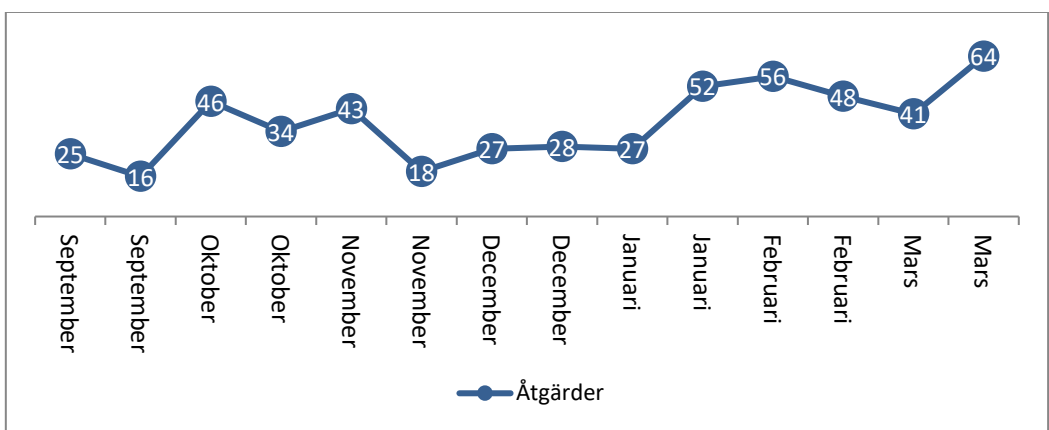
Arbetsgivare: Region Kronoberg

Enhet: Akutvårdsavdelningen, Akutkliniken

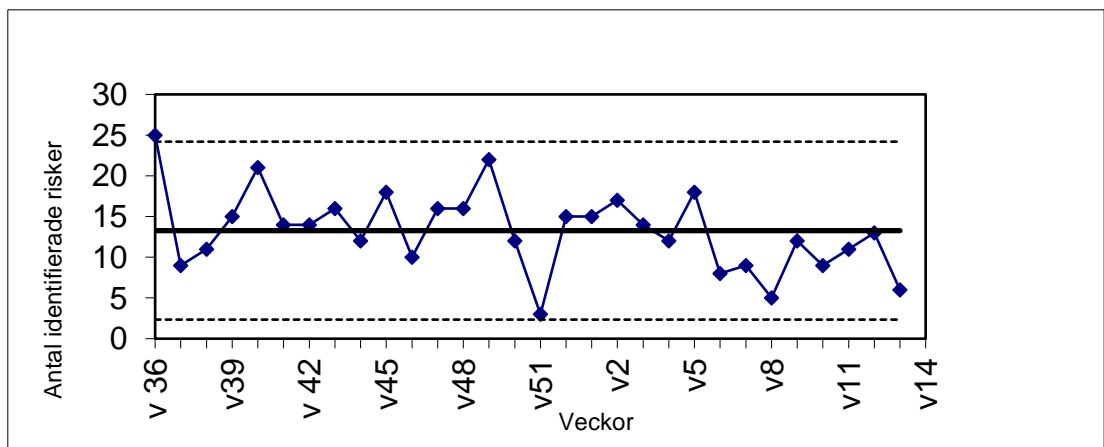
Bilaga 1.



Figur 1. Antalet undvikbara vårdskador som identifierats per månad. Vanligaste vårdskador identifierades inom kategorierna fall, PVK och Trycksår.



Figur 2. Antalet insatta åtgärder som dokumenterats i patienters journal dag 1 och 15 i månaden.



Figur 3. Antalet risker per vecka.

Mot Målen med missbruksvården

- bedömning och uppföljning till nytta för individ och organisation

Bakgrund

Socialtjänsten har svårt att följa upp sin verksamhet och saknar register för utveckling och uppföljning av kvalitet. Utan kunskap om effekterna av de insatser som socialtjänsten ger till utsatta grupper finns en risk att personer blir utan effektiva insatser eller i värsta fall utsätts för insatser som kan vara till skada.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

I *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården?* utgår Vårdanalys (2016) från två frågeställningar. Vilka resultat är viktiga för personer med alkohol- och narkotikarelaterad problematik? I vilken utsträckning finns en gemensam struktur för uppföljning av dessa resultat? Förbättringsarbetet utgår från vårdanalys svar på dessa två frågor.

Syfte och Mål

Övergripande syfte

Förbättrad livssituation, hälsa och autonomi för individer i behov av insatser från socialtjänstens missbruks- och beroendevård genom ökat användande av systematisk uppföljning.

Syfte förbättringsarbetet

Öka användningen av ASI-intervjuerna till den omfattning som krävs för att följa och utveckla socialtjänstens insatser riktade till personer med missbruks och beroendeproblem.

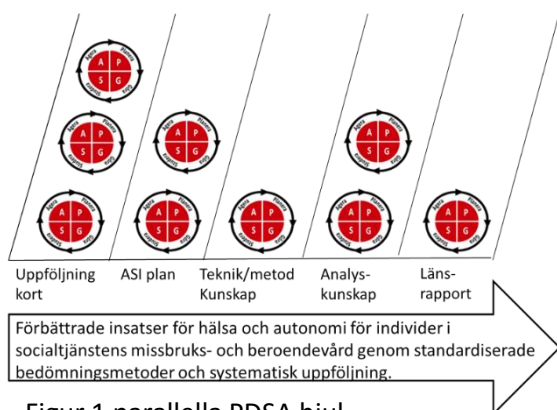
Mål förbättringsarbetet

Öka det totala antalet ASI-grundintervjuer till 31 mars 2019. Målvärde: ASI-grundintervju eller bortfallsregistrering sker i 70 % av antalet registrerade missbruks- och beroendeärenden rörande personer över 18 år.

Öka andelen genomförda ASI-uppföljningsintervjuer till 31 mars 2019. Målvärde: 70 % av grundintervjuerna följs upp med ASI-uppföljningsintervju eller förkortad uppföljningsintervju och registrerade bortfall inom 12 månader.

Förändringsidé

Vid baslinjemätningen våren 2018 framkom faktorer som påverkar användning av ASI. Dessa bildade fem förbättringsområden som har bedrivits parallellt under förbättringsarbetet (Figur 1).



Figur 1 parallella PDSA hjul.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förbättringsarbetet förväntas på kort sikt ge ett ökat användande av ASI. Resultatet följs löpande under förbättringsarbetet (Bilaga 1). En förbättring ger möjlighet att följa enskilda och grupper av brukares resultat avseende viktiga livsområden T.ex. Missbruk, boende, fysisk och psykisk hälsa.

Resultat

Användningen av ASI Grund- och uppföljningsintervju har ökat under tiden för förbättringsarbetet men har ej nått upp till de satta målen (Figur 2,3). Det finns en variation i

resultat mellan kommuner. Reliabiliteten i data från kommunerna behöver följas upp för att fullt ut kunna bedöma resultaten fullt ut.

Nästa steg

Förbättringsarbetet har övergått till ordinarie strukturer och kommer att drivas vidare. Löpande arbete med utbildningar, metodstöd och uppföljning av data vidmakthållas. Förbättringsarbetet ska kopplas samman med andra arbeten med systematisk uppföljning, t.ex. uppföljningen av placeringar på hem för vård och boende (HVB).

Faktaruta

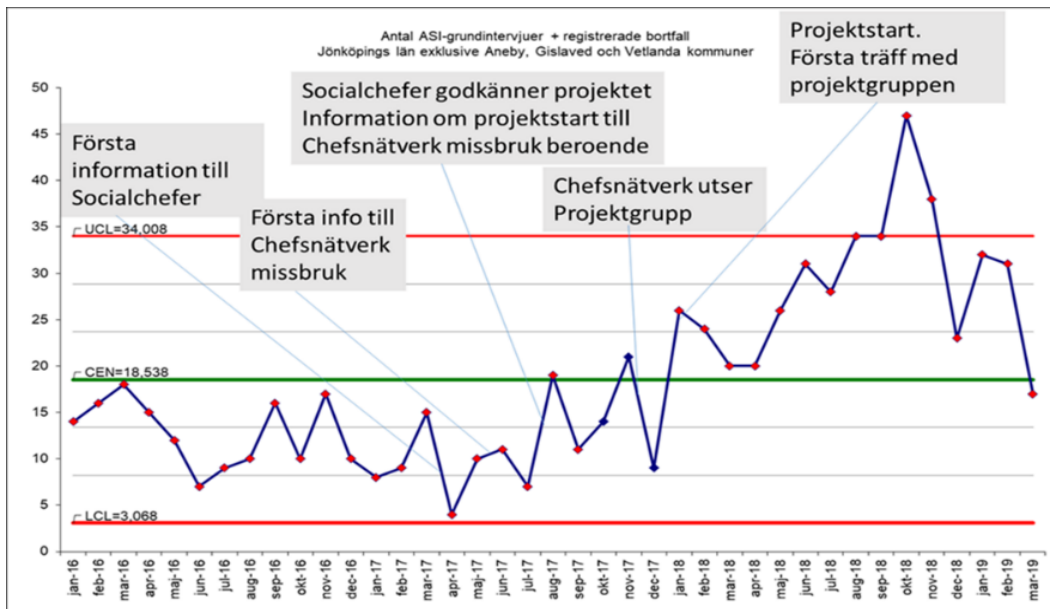
Namn: *Mattias Vejklint*

Email: *Mattias.vejklint@rjl.se*

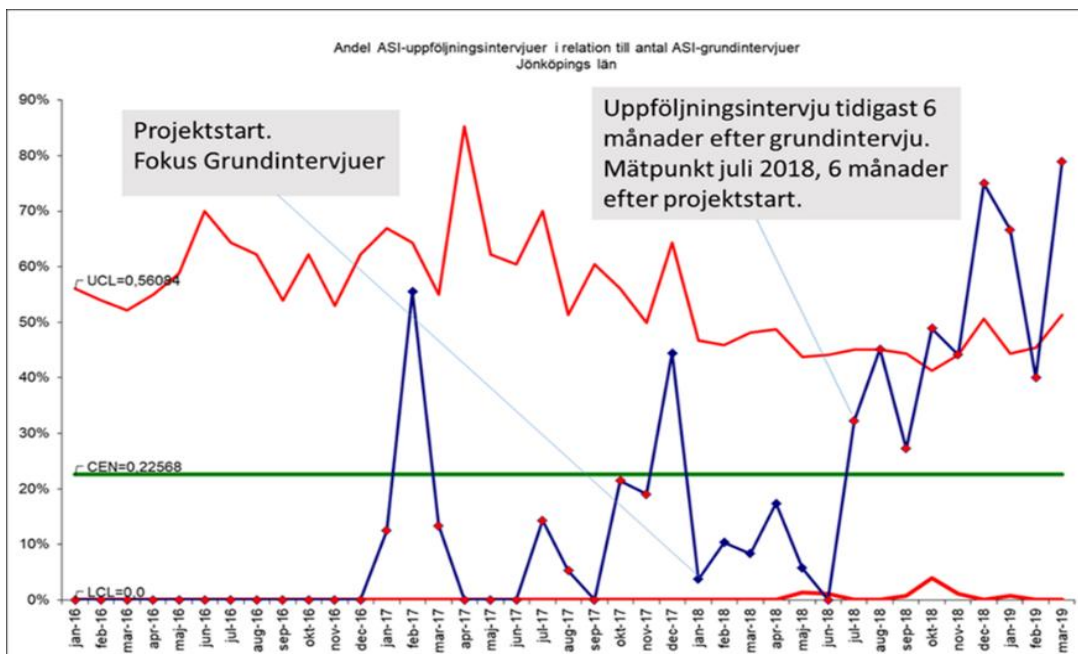
Arbetsgivare: *Kommunal utveckling, Region Jönköpings län*

Enhet: *FoUrum Social välfärd*

Hemsida: <https://utveckling.rjl.se/>



Figur 2. Antal ASI-grundintervjuer Jönköpingslän



Figur 3 Andel ASI-uppföljningsintervjuer Jönköpings län.

Masterprogrammet i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd

syftar till att utveckla deltagarnas förmåga att leda och förbättra vård och omsorg. Utbildningen ska leda till bättre hälsa och välfärd i aktivt 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, att göra för att lära och göra det tillsammans i team – samt medarbetare som har mod att låta den båt de sitter i komma i gungning. Det förutsätter att det finns ledning och medarbetare som skapar utrymme och förstår värdet av det förbättringsarbete som görs och inte låter förbättringsivraren som leder arbetet trilla över bord. Förbättringsarbetet skapar ofta arbetsglädje och ger ny energi, när alla ombord är med.

Den här boken är fylld med exempel på hur det kan gå till att bedriva ett förbättringsarbete i praktiken. Samtidigt som deltagarna 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 sätt att arbeta. Det handlar om ständiga förbättringar och gemensam reflektion över vad som fungerar för vem i vilket sammanhang. En resa som just börjat men ständigt fortsätter framåt för att möta det förändringstryck som verksamheter har inför morgondagen.

Vi vill gratulera er som just slutfört denna utbildning och kommit i mål. Det har varit en glädje att följa er i 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 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

Boel Andersson-Gäre

Professor

Felicia Gabrielsson-Järhult

Programansvarig