

# Årsbok 2018



**Masterstudenternas Årsbok 2018**  
Kvalitetsförbättring och Ledarskap  
inom Hälsa och Välfärd



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

**JÖNKÖPING ACADEMY**  
For Improvement of Health and Welfare



# Masterstudenternas Årsbok 2018

## Kvalitetsförbättring och Ledarskap inom Hälsa och Välfärd

**Att leda och bidra till morgondagens hälsa och välfärd** förutsätter engagemang, kunskap och kompetens. Hälsa och välfärd 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.

Alla förbättringar är förändringar men alla förändringar är inte förbättringar.

En övergripande målsättning med denna masterutbildning är att stärka deltagarnas förmåga att genomföra förändringar som verkligen är förbättringar.

I denna årsbok sammanställs de förbättringsarbeten som studenterna på Jönköping Academy har genomfört. Utbildningen är på tre år. De två första åren går på halvfart och består av teoretiska moment som kopplas till praktisk tillämpning inom hälso- och sjukvård eller den sociala sektorn. Kurserna ges vid gemensamma samlingar en till två dagar per månad som varvas med webbaserad distansundervisning.

Elin Salmiranta  
Anette Winberg  
Karl Engström  
Marie Eivarsson  
Anna Bonnivier  
Lina Edberg  
Maja Sällvin  
Malin Sköld  
Kerstin Ramfeldt  
Elisabeth Szopa

Anneli Hallberg  
Karin Evenholt  
Åsa Bäärnhelm  
Louise Törnquist  
Carl Sterwin  
Lise-Lotte Lagerqvist  
Marita Holm Löv  
Sofia Johansson  
Frida Aronsson

## Masterstudenternas Årsbok 2018 Kvalitetsförbättring och Ledarskap inom Hälsa och Välfärd

Det tredje året genomförs verksamhetsförlagda studier på heltid i form av ett praktiskt förbättringsarbete och avslutas med en uppsats om detta.

Studenterna har lärt sig genom att göra och generöst delat med sig sina nya insikter och erfarenheter. Reflektion och nya lärdomar har varit ett ständigt återkommande tema på campus-träffarna. Förbättringsarbetet har genomdrivits i en komplexitet där ofta flera samarbetspartners var inblandade.

Studenterna har fått brottas med organisationsförändringar, nedskärningar, chefsbyten och andra utmaningar. Deras ledarskap har verkligen satts på prov. De har visat vilja, kraft, mod och kompetens att ta på sig uppdraget: Att genomdriva ett förbättringsarbete som gör att det blir bättre för dem vi är till för! Det handlar om förbättringar nära patienten/brukaren/klienten. Det är där värdet skapas!

Vi önskar dessa nya MASTERS i kvalitetsförbättring och ledarskap, lycka till. Det är en gåva att få se er växa med uppgiften!

Stort tack för förmånen att följa er under vägen och allt ni lärt oss under tiden.

Nicoline  
Vackerberg

Kursansvarig  
VFU

Ann-Christine  
Andersson

Kursansvarig  
Examensarbete

## Barnets egna kvalitetsförbättringsprojekt

### - Ökad delaktighet och delat beslutsfattande för barn med långvarig sjukdom

#### Bakgrund

Ungefär en fjärdedel av alla barn i Sverige lever med en långvarig sjukdom som påverkar barnets dagliga liv. Barnets hälsa påverkas positivt av delaktighet. Delaktighet ökar barnets förståelse för behov och önskningar, vilket ökar barnets kapacitet att klara utmaningar genom livet. Barnets delaktighet påverkas av vuxnas föreställningar om barns kapacitet och barn måste få en chans att visa vad de kan bidra med. Möjligheter måste skapas för barn och vuxna att gemensamt engagera sig i viktiga frågor.

#### Syfte och Mål

Det övergripande syftet var att öka delaktighet och SDM (Shared Decision Making) för barn med långvarig sjukdom. Förbättringsarbetets syfte var att skapa möjligheter för barn och vuxna att gemensamt engagera sig i vardagliga hälsofrågor. Det specifika målet var att öka GAS (Goal Attainment Scaling) för de tre deltagande barnen med 100 % till 31 mars 2018.

#### Förändringsidé

För att skapa möjligheter för barn och vuxna att gemensamt engagera sig i vardagliga hälsofrågor var vår idé att prova Nolans förbättringsmodell i familjer. Ett barn med långvarig sjukdom deltog i metodutvecklingen av förändringsidén. Tre barn med långvarig sjukdom fick planera sitt eget mini-förbättringsprojekt utifrån något som var viktigt för barnet. Barnet bestämde mål, hur vi skulle mäta hur målet uppnåtts och vilken idé familjen skulle testa. I figur 1 visas dokumentation vi skapade i appen Ritprata för mini-projekt 2.

#### Resultat

I miniprojekten genomfördes mätningar utifrån mått som barnen valde. I mini-projekt 2 mätte barnet sitt gläddebetyg från 0-10 vid läggdags, där 0 var att barnet mådde väldigt dåligt med ångest och 10 att barnet mådde väldigt bra helt utan ångest vid läggdags (se diagram 1). I alla projekt användes GAS (Goal Attainment Scaling) för att övergripande följa upp förbättringsarbetet. GAS-poäng vid projektstart och 31 mars visas i tabell 1 samt diagram 2. Jag anser att vi nådde målet att öka GAS för de tre deltagande barnen med 100 % (inom felmarginal, då mini-projekt 1 ökade med 99 %). I mini-projekt 2 märkte vi att det goda resultatet inte kvarstod efter projektets slut. Även om resultatet eventuellt inte är hållbart, så har vi nått syftet att skapa möjligheter för barn och vuxna att gemensamt engagera sig i vardagliga hälsofrågor. Vi hoppas och tror att deltagarna i miniförbättringsprojekten har ökat sin förståelse för barns delaktighet samt brutit rutiner och beteendemönster som kommer fortsätta skapa förändring i form av ökad delaktighet och delat beslutsfattande för barnet framöver.

#### Nästa steg

Resultatet från förbättringsarbetet och studien resulterade i ett ramverk som beskriver vad, var och hur – för att öka delaktighet för barn med långvarig sjukdom. Ramverket kan användas för att initiera, planera, genomföra och följa upp interventioner, exempelvis miniförbättringsprojekt. Miniförbättringsprojekt utifrån något som är viktigt för barnet är dock bara ett litet steg i rätt riktning. Vi måste fortsätta utveckla barn och vuxnas tro på barns förmåga för att nå en högre grad av delaktighet där projektet inte bara inkluderar barn - utan initieras och styrs av barn.

#### Faktaruta

Namn: Elin Salmiranta

Email: elinsalmiranta@hotmail.com

Arbetsgivare: CAG Mawell



Figur 1 - Dokumentation i appen Ritprata för mini-projekt 2, i form av nuläge, mål, mätning och idéer

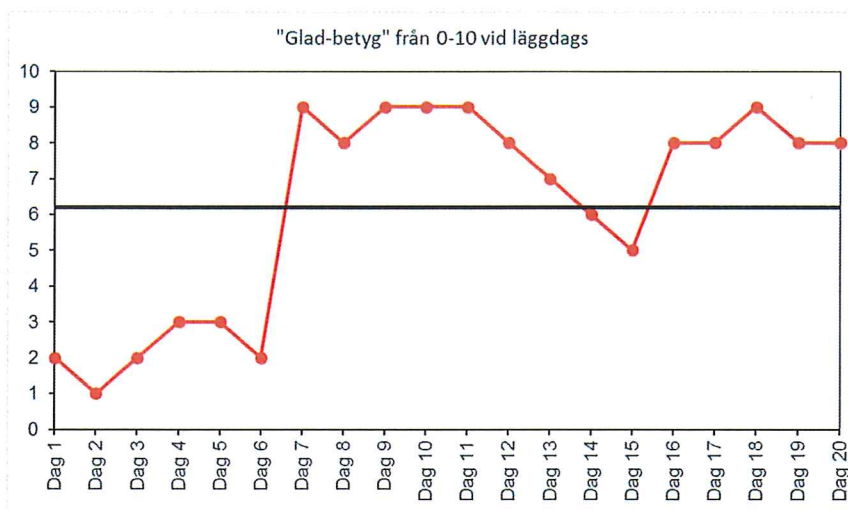


Diagram 1 - "Glad-betyg" från 0-10 vid läggdags i mini-projekt 2, där 0 är dåligt mående med ångest och 10 bra mående utan ångest

Tabell 1 - GAS-poäng för alla tre mini-projekt vid projektstart och 31 mars 2018, samt procentuell förändring

	Start	31 mars	Förändring
<b>Mini-projekt 1</b>	31.4	62.4	+ 99 %
<b>Mini-projekt 2</b>	25.2	56.2	+123 %
<b>Mini-projekt 3</b>	25.2	56.2	+123 %

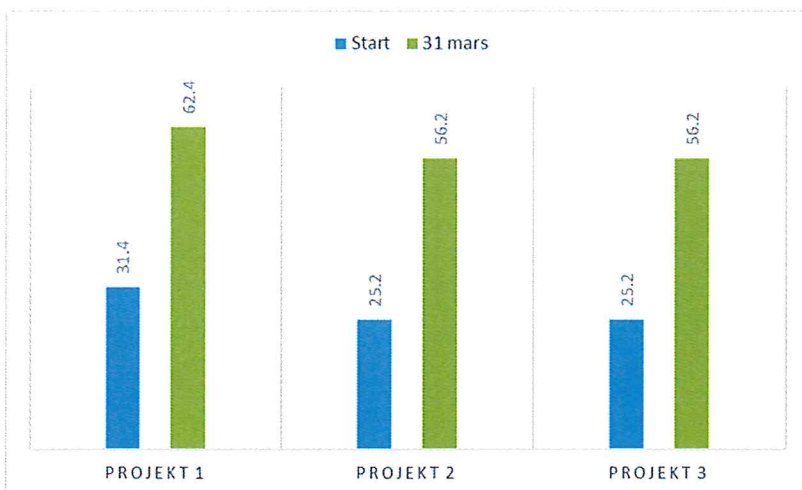


Diagram 2 - GAS-poäng för alla tre mini-projekt vid start och 31 mars

# Årsbok 2018 – Tillgänglig webbkatalog för tillgång till kunskap

## Bakgrund

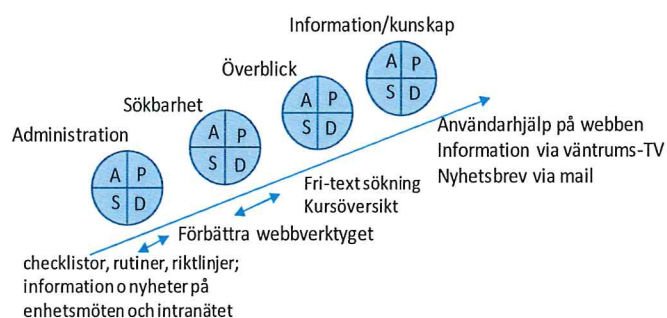
Att leva ett aktivt och delaktigt liv med funktionsnedsättning underlättas av om personen och dess nätverk har kunskap om funktionsnedsättningen och dess konsekvenser i vardagen. Inom habiliteringsverksamhet finns kompetens om funktionsnedsättningar och vilka insatser som kan bidra till att öka individens aktivitet och delaktighet. Habiliteringen i Uppsala utbildar via ett femtiotal kurser/grupper per termin 1200–1500 personer/år. Tidigare skickades papperskataloger med kursutbudet till ca 5 500 adresser/termin. Sedan hösten 2016 används en webbkatalog, vilket minskat kostnader och kursadministrativ tid. Digitaliseringen förväntades öka tillgängligheten till kursutbudet men såväl patienter/närstående/nätverk som personal upplevde motsatsen.

## Syfte och Mål

Syftet var att förbättra tillgängligheten till kursutbudet för patienter/närstående/nätverk. Den 31 mars 2018 skulle deltagare som använt webbkatalogen svara minst 7 på en 10-gradig skala vid frågor om webbkatalogens tillgänglighet och användarvänlighet. Antalet träffar på kursverksamhetens webbsida skulle vara minst 700/månad och inga kurser skulle ställas in på grund av för lågt deltagarantal.

## Förändringsidé

Problemet kartlades med hjälp av fiskbensdiagram och påverkansanalys där fyra förbättringsområden identifierades: administration, sökbarhet, överblick samt information/kunskap. Förbättringsidéer inom varje område prövades med hjälp av PDSA-hjul vilket visas i form av en förbättringsramp i figur 1.



Figur 1. Förbättringsramp av förbättringsarbetet

## Resultat

Mot slutet av förbättringsarbetet ökade såväl antalet träffar på webbsidan som antalet anmälningar till kurserna (figur 2 och 3 i bilaga). Extrakurs fick sättas in under våren och det totala antalet anmälningar under de tre första månaderna 2018 var högre än under hela höstterminen 2017. Andelen inställda kurser hade sjunkit från 33 % höstterminen 2016 till 10 % under de tre första månaderna 2018. Fortsatt arbete behövs för att få resultaten varaktiga. Det var få kursdeltagare som besvarade webb-enkäten och deras synpunkter behöver inhämtas på annat sätt, t ex i form av intervjuer med fokusgrupper.

## Nästa steg

Nästa steg blir att kvalitetssäkra innehållet i kurserna utifrån rådande evidensläge. Det genomförda förbättringsarbetet kommer att presenteras för medarbetare på ett FoU-forum i förvaltningen. Det ska också användas som exempel för lärande när andra förbättringsarbeten ska planeras och genomföras.

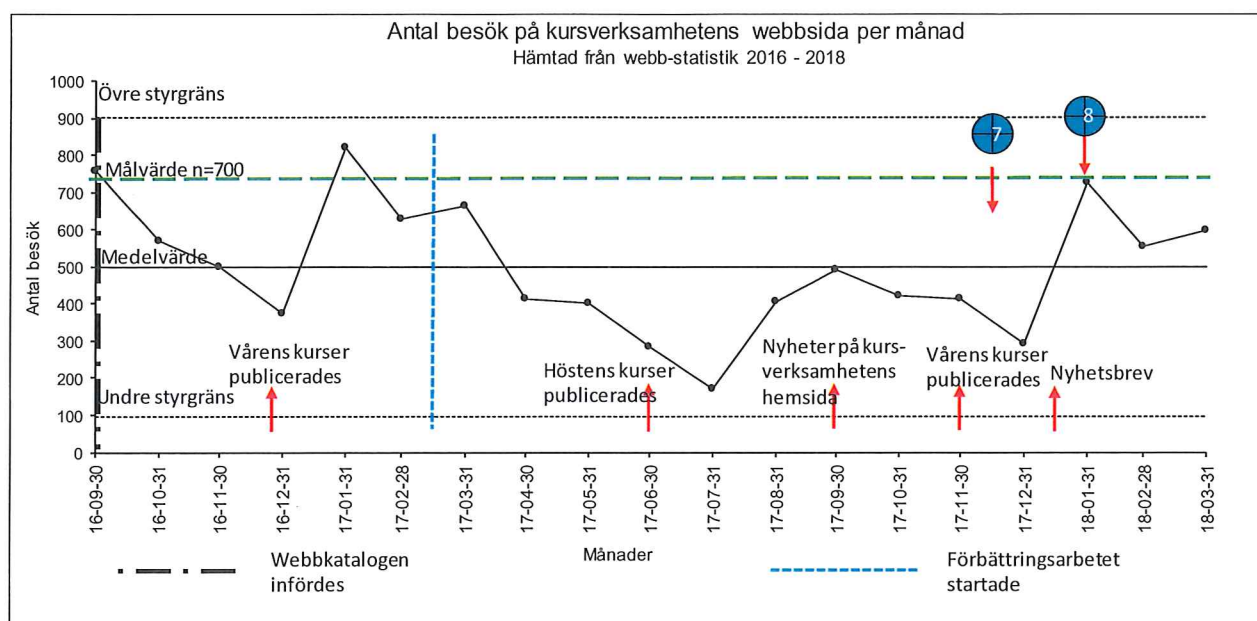
## Faktaruta

Namn: Anette Winberg

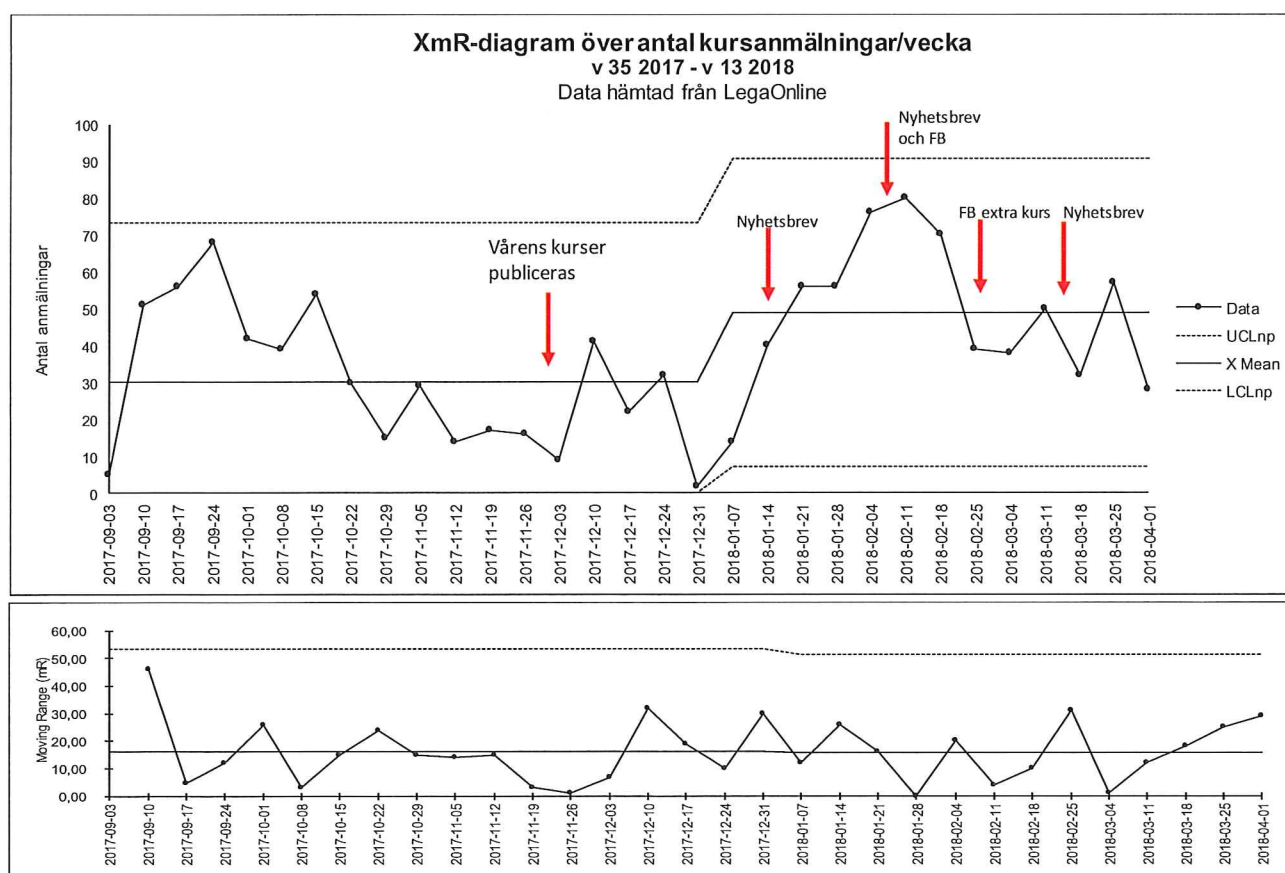
Email: [anette.winberg@regionuppsala.se](mailto:anette.winberg@regionuppsala.se)

Arbetsgivare: Nära vård och Hälsa, Region Uppsala

Enhet: Utvecklingsenheten för habilitering



**Figur 2.** XmR-diagram över antal besök på kursverksamhetens webbsida per månad från september 2016 då webbkatalogen infördes till 31 mars 2018 då förbättringsarbetet redovisades. Målet på 700 besök/månad har inte uppnåtts.



**Figur 3.** XmR-diagram och Moving Range över antal kursanmälningar/vecka mellan vecka 35 2017 och vecka 13 2018. I samband med nyhetsbrev via mail till alla som registrerat sig i webbkatalogen blev många av vårens kurser fullbokade. Extra kurstillfällen sattes in för att tillgodose behovet. Under de tre första månaderna 2018 hade fler anmält sig än vad antalet deltagare var under hela hösten 2017.

## Snabbare och säkrare överföring av patienter från primärvård till specialistpsykiatri

Ett förbättringsarbete kring remisser och samverkan

### Bakgrund

För patienterna i Sandviken innebar överföringen via remisser mellan primärvård och specialistpsykiatri en osäker vård med fördröjd tid till psykiatriska insatser. Varje månad avvisades cirka 50 % av remisserna från hälsocentralerna Sandviken Norra och Sandviken Södra av specialistpsykiatrin. Det innebar att i genomsnitt avvisades 11 patienter varje månad. De avvisade remisserna kunde övergripande delas in i tre kategorier: 1) ej psykiatri, 2) komplettering av remiss, och 3) svar på remissen. (En utförligare förklaring av kategorierna finns under Figur 3 nedan).

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Förbättringsarbetet involverade inte patienter direkt. Däremot användes patientsynpunkter från tidigare förbättringsarbeten för att vägleda mål och ta fram patientfokuserade mätetal.

### Syfte och Mål

De specifika målen med förbättringsarbetet var att den 10/4 2018 ha:

- minskat andelen avvisade remisser till 20 %
- ökat andelen avvisade remisser där ett svar ges till remittenten till 50 %
- förkortat tiden från remiss till påbörjad specialistpsykiatrisk vård, från 170 dagar för Sandviken Södra hälsocentral och 113 dagar för Sandviken Norra hälsocentral, till 30 dagar för båda hälsocentralerna

### Förändringsidé

Förändringsidén utgjordes av en remissmall. Utformningen av remissmallen baserades på psykiatrisk litteratur och på orsaker till att remisser avvisades. Olika förbättringsverktyg användes parallellt för att öka förståelsen för problematiken kring samverkan och ta fram fakta att basera beslut på.

### Resultat

De specifika målen uppnåddes inte med hjälp av remissmallen för någon av hälsocentralerna (Figur 1-3 visar resultaten för Sandviken Norra HC). Remissmallen testades för ett fåtal patienter. I de fall den användes ökade kvaliteten på informationen i remisserna, till "priset" av ökad tidsåtgång för remittenten. Därför bedömdes remissmallen inte vara en hållbar förändring. Försöken med remissmallen gav ny förståelse och viktiga lärdomar kring problematiken med de avvisade remisserna och samverkan. En ny testomgång baserad på dessa lärdomar är därför planerad som nästa steg.

### Nästa steg

Remissmallen har kortats ner till en checklista som ska testas. Läkarna vid hälsocentralerna börjar ringa läkarna på den psykiatriska mottagningen för råd/stöd. En förändrad kommunikation inom hälsocentralerna ska provas. Vidare kommer primärvårdsläkarnas psykiatriska kunskaper stärkas.

### Faktaruta

Namn: Karl Engström

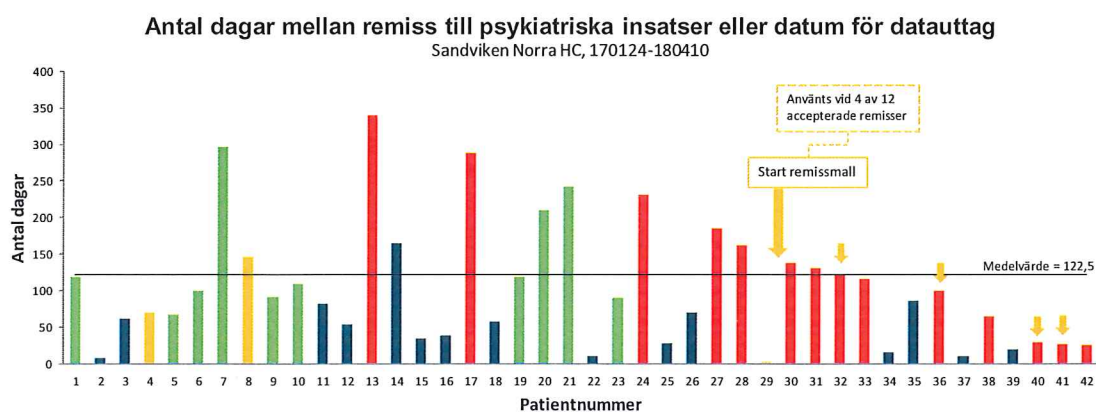
Email: [karl.engstrom@regiongavleborg.se](mailto:karl.engstrom@regiongavleborg.se)

Arbetsgivare: Vuxenpsykiatriska kliniken Gävle

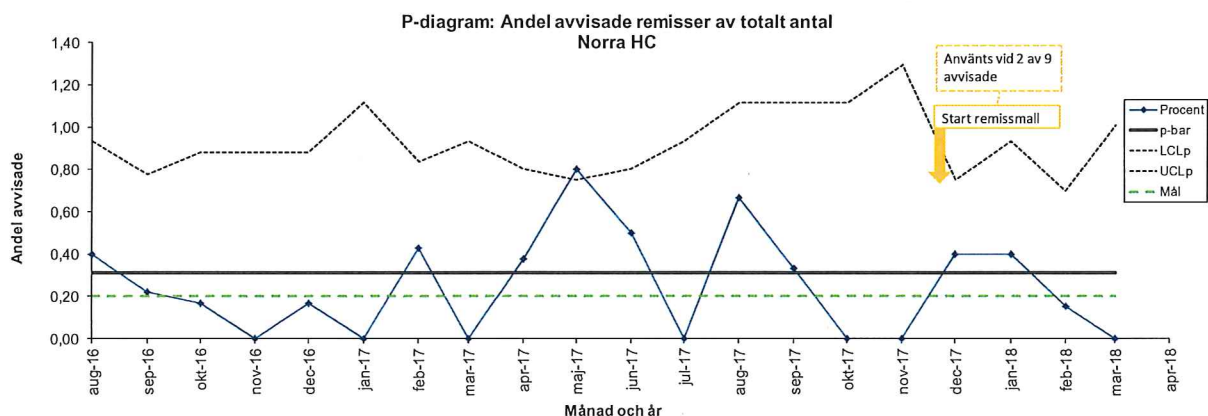
Enhet: Region Gävleborg



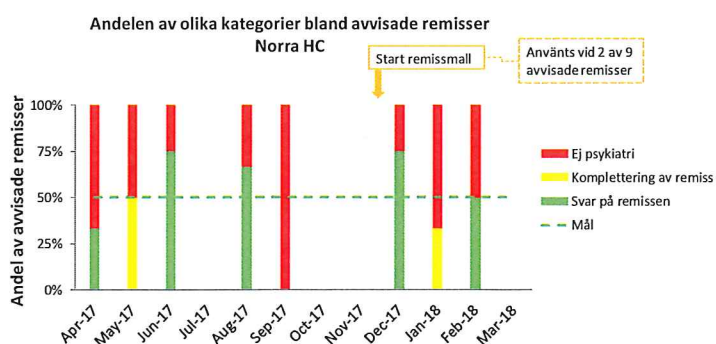
## Hur vet du att denna förändring är en förbättring?



**Figur 1. Tvärsnittsanlys (180410) av tiden från remiss till inledande av psykiatriska insatser eller till datum för datauttag, Sandviken Norra HC. Uppsett mål (30 dagar) ej uppfyllt. Grön stapel: Patienten har genomgått utredning som är klar och behandling har påbörjats; eller patienten bedömdes inte tillhöra psykiatri utan skickades tillbaka till primärvården. Blå stapel: Patienten har erhållit behandling utan att utredning varit aktuell. Orange stapel: Patienten har uppsökt en psykiatrisk akutmottagning och/eller slutenvårds. Röd stapel: Patienten har ännu inte erhållit behandling, utredning pågick då journalgranskning gjordes. De små orangefärgade pilarna visar för vilka patienter remissmallen använts.**



**Figur 2. P-diagram över andelen avvisade remisser per månad 2016-08 – 2018-03, Norra HC. Effekter av remissmallen går inte att bedöma; endast 2 av 9 avvisade remisser under testperioden var skrivna i mallen.**



**Figur 3. Stapeldiagram över andelen per månad av olika kategorier för avvisade remisser 2017-04 – 2018-02, Norra HC. Måluppfyllelsen kan inte bedömas – för få remissmallar har använts och för kort tid har ännu passerat. Kategorier: **Ej psykiatri**: patientärendet bedömdes inte tillhöra psykiatri utifrån antingen: a) informationen i remissen talade inte för den efterfrågade problematiken/åtgärden, b) otillräckligt med insatser hade testats inom primärvården eller c) patientens problematik bedömdes inte tillräckligt svår för att tillhöra psykiatri. **Komplettering av remiss**: otillräckligt mycket information kring patienten och hans problematik fanns med i remissen. **Svar på remissen**: ett svar från psykiatri skickades till den inremitterande med rekommendation om fortsatt handläggning av patienten i fråga.**

# Årsbok 2018

## Titel på förbättringsarbete

Ett tryggare och säkrare överflyttningsätt för patienter från intensivvården till vårdavdelning. - Ett förbättringsarbete med fokus på tidigare nedkoppling av övervakningsutrustning och signering av läkemedelslistor.

## Bakgrund

Överflyttning från en intensivvårdsavdelning till en vårdavdelning är ett känt problem både nationellt och internationellt. Det är en stor skillnad från att ha vårdats på en intensivvårdsavdelning med kontinuerlig övervakning och högpersonaltäthet till en vårdavdelning med inte samma resurser. Vilka förbättringar kan man göra för att minska gapet och få en patientsäker överflyttning utifrån befintliga resurser? Ett sätt att förbereda patienten bättre är att koppla ned övervakningsutrustningen när beslut tagits om att patienten ska överflyttas till vårdavdelningen. Patienten får möjlighet att vara utan övervakning en stund innan överflyttningen. Intensivvårdssjuksköterskorna signerar läkemedelslistorna i journalsystemet som används på vårdavdelningen och sjuksköterskorna på vårdavdelningen vet vilka läkemedel som är givna samma dag som överflyttningen sker.

## Patient-/brukar-/kundinvolvering

Då intensivvårdspatienter ofta har svårt att komma ihåg specifika moment pga sitt hälsotillstånd var det svårt att få patienters att delta i projektet. De närstående som har varit med på uppföljningsmottagningen efter 3 månader efter utskrivningen från intensivvården har tillfrågats om upplevelse vid överflyttningen.

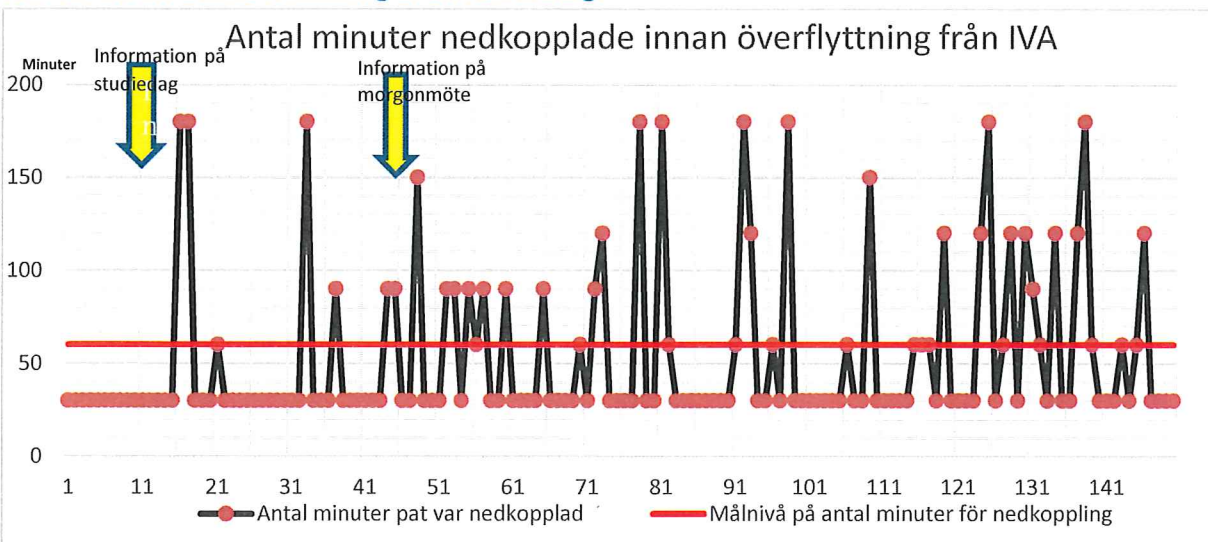
## Syfte och Mål

Syftet är att varje patient ska få en trygg och säker överflyttning från intensivvården till vårdavdelningen genom att 80% av patienterna ska vara bortkopplade minst 60 minuter och 95% av läkemedelslistor är korrekt signerade innan utskrivning från intensivvården. Detta ska vara uppnått till mars 2018.

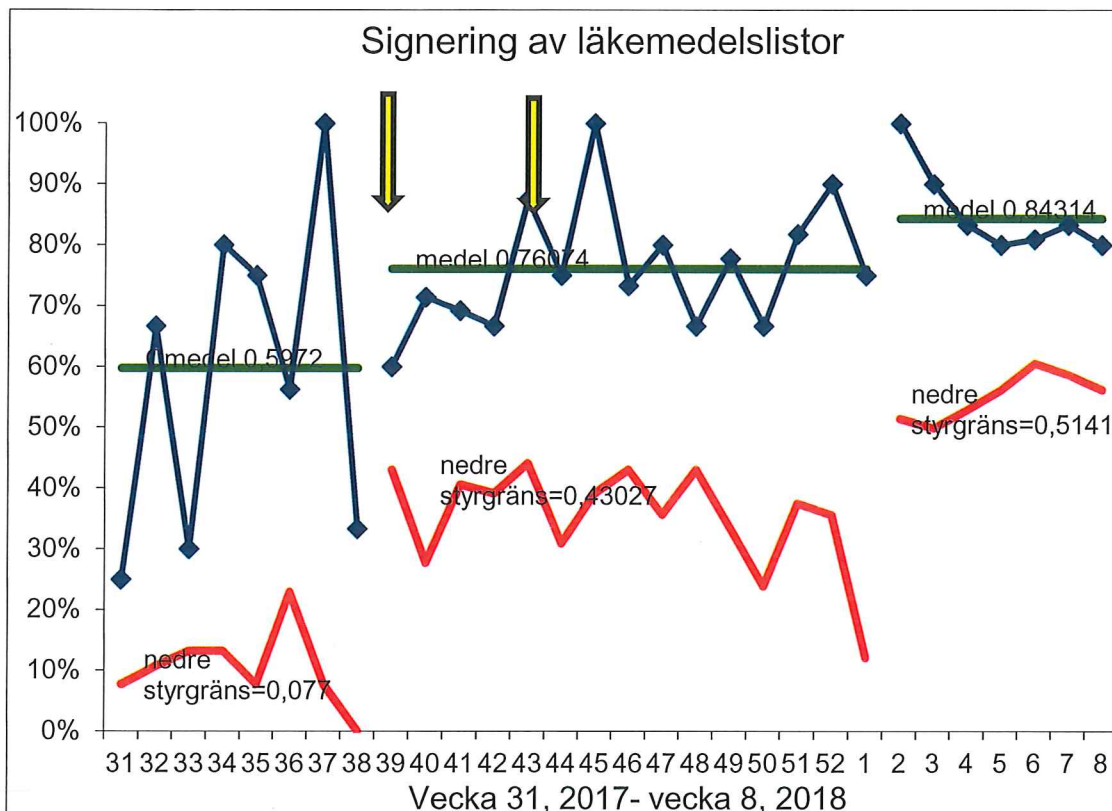
## Förändringsidé

Utifrån befintliga resurser förbättra överflyttningsprocessen för en säkrare överflytt för patienten.

## Hur vet du att denna förändring är en förbättring?



Linjediagrammet beskriver antal minuter som patienter varit nedkopplade innan överflyttning från intensivvårdsavdelningen till vårdavdelningen. Varje punkt mäter en individ. I diagrammet presenteras 146 mätpunkter från 4 okt-17 till 23 feb -18. Efter information på morgonmöten finns en tendens till att patienterna kopplas ned tidigare än innan informationen gavs.



Innan förbättringsarbetet hade införts vecka 31–39 2017, utfördes mätningar av signerade läkemedelslistor – baslinjemätning 59%. Vecka 39 hade intensivvårdsavdelningen studiedagar då alla sjuksköterskor och undersköterskor deltar. Här informerades det om förbättringsarbetet, resultatet visar att 76% av läkemedelslistorna är signerade vid överflyttning. Vecka 44 började projektgruppen att informera och påminna på morgonmöten. Vecka 2 2018 ses nästa förbättring, 84% av läkemedelslistorna är signerade.

#### Resultat

Resultatet på förbättringsarbetet visar att patienten 34% av patienterna är nedkopplade 60 minuter eller mer innan överflyttning från intensivvårdsavdelningen. Målet på 80% uppfylldes inte. Övervakande patienter tillhör intensivvårdskulturen och kan vara en anledning till att målet inte har uppfyllts. Utföra en kulturförändring tar längre tid än de månader förbättringsarbetet pågick.

Målet var att 95% av alla läkemedelslistor ska vara signerade vid överflyttningen. 84% var uppnått då resultatet redovisas. Bättre signering av läkemedelslistor var det förbättringsområde som prioriterades högst av sjuksköterskor på vårdavdelningen att börja ett förbättringsarbete kring. Under studiedagar har det informerats och diskuterats om vikten att signera läkemedelslistorna i det journalsystem som vårdavdelningarna använder. Alla är välbekanta med båda journalsystemen så man behöver inte lära sig något nytt vilket underlättar. De önskade målen uppfylldes inte men man kan se en förbättring

#### Nästa steg

Nästa steg är att utveckla ett utskrivningsprotokoll i Clinisoft (ett informationssystem inom vissa intensivvårdsavdelningar) som ett stöd till medarbetarna på intensivvårdsavdelningen vid utskrivning. Utarbeta informationsbroschyr till patienten och närstående om information om vårdavdelningen som kan delas ut under vårdtiden på intensivvården.

#### Faktaruta

Namn: Marie Eivarsson

Email: [marie.eivarsson@sll.se](mailto:marie.eivarsson@sll.se)

Arbetsgivare: Stockholms Läns Landsting

Enhet: Vo Anestesi/IVA

## Årsbok 2018

### Titel på förbättringsarbete

Då; Diabetespatient

Nu; En människa med diabeteserfarenhet

*Vård på ändrade villkor när en diabetesmottagning införde samskapad vård*

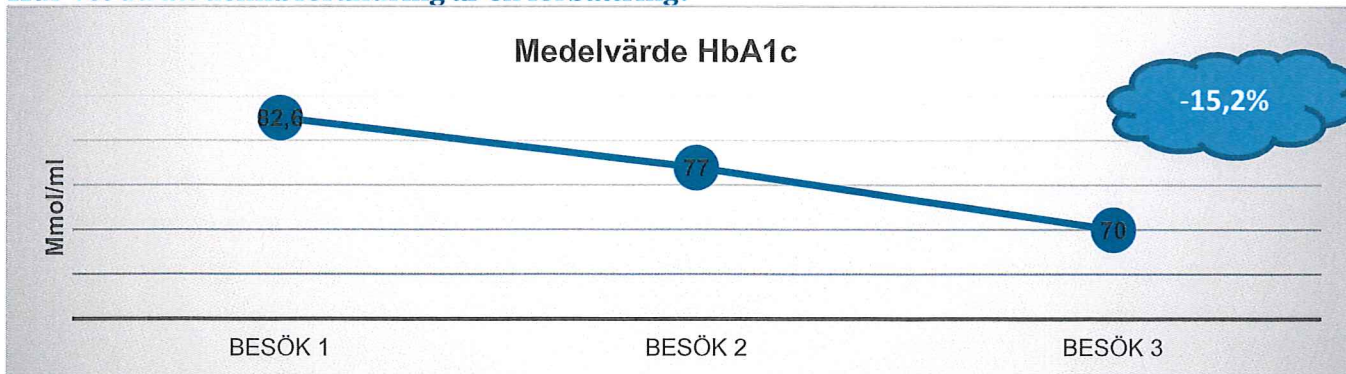
**Bakgrund:** På Södersjukhuset i Stockholm fanns det förbättringsutrymmen i diabetesvården för personer med för högt blodsockervärde, ett förhöjt HbA<sub>1c</sub>. Förbättringsarbetet identifierade två huvudområden att fokusera på, standardiserad vård samt att öka patienternas upplevelse av delaktighet, genom att införa ett arbetssätt som möjliggör en grund för samskapad vård. Samskapad vård innebär att patienten har möjlighet att göra egna val kring sin sjukdom och behandling, samt att vården utgår från individens villkor och behov. Standardiserad vård i förbättringsarbetet; utforma ett lokalt behandlingsprogram, samskapad vård i förbättringsarbetet; införa PROM/PREM enkät och förändra patientmötet utifrån hur den enskilde patientens behov.

**Patientinvolvering:** Nationella Diabetes Registret (NDR) utformade PROM/PREM enkäten tillsammans med 2 500 diabetespatienter i Sverige. PROM/PREM enkäten baserades på 33 enkätfrågor som i dimensioner redovisas i skala 1–100 utifrån Item Respons Theory (IRT). IRT är en matematisk modell för att räkna poäng där varje fråga och varje svarsalternativ bidrar med unik information och används för att utveckla instrument som mäter attityder, förmågor eller egenskaper. 15 st patienter tillfrågades om de ville delta i ett förbättringsarbete på diabetesmottagningen genom att besvara PROM/PREM enkäten inför sina besök. I nästa skede kommer patienter ingå i fokusgruppsintervju gällande resultatet av förbättringsarbetet.

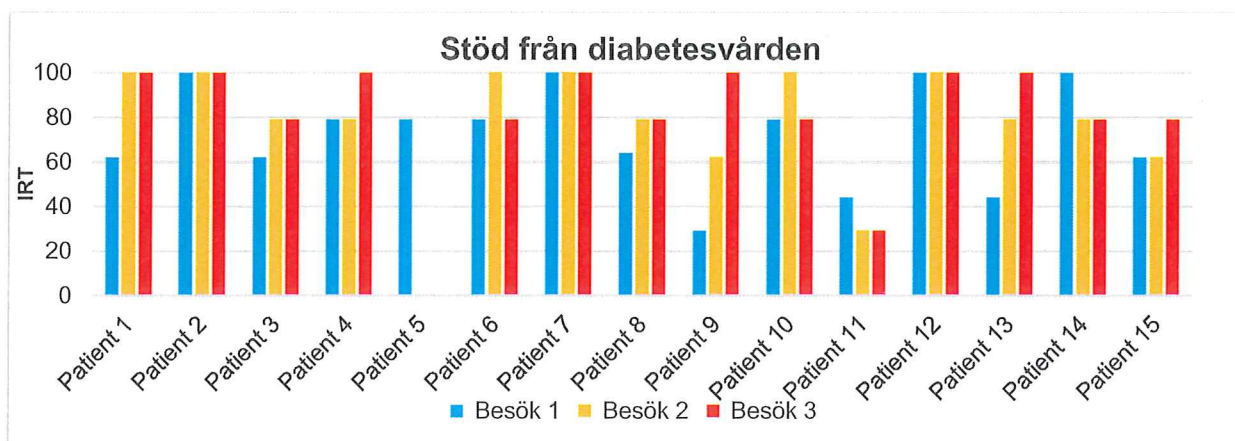
**Syfte och Mål;** Övergripande syfte var att diabetespatienter med HbA<sub>1c</sub> >70 mmol/mol upplevde en större delaktighet i sin vård och att deras diabetesrelaterade hälsa förbättrades. **SMARTA mål; Specifikt**, 15 st patienter med HbA<sub>1c</sub> >70 mmol ingick i förbättringsarbetet, en patient uteblev dock från besök 2 +3. Förbättringsidéer var att standardisera arbetssätt samt förändra patientbesöket. Både patienter och medarbetare hade möjlighet att förbereda sig inför besöket med hjälp av de patientrelaterade erfarenhetsmåten (PROM/PREM). **Mätbart**, vi mätte kort- och långsiktigt: patientens upplevelse av delaktighet genom PROM/PREM enkät, medarbetares upplevelse av förändrade arbetssätt (enkätfråga samt fokusgruppsintervju) samt patienternas HbA<sub>1c</sub>. Mätbart mål var att sänka patienternas medelvärde gällande HbA<sub>1c</sub> med >9 %. **Accepterat**, förbättringsarbetet grundades utifrån medarbetarnas vilja att utveckla diabetesvården och förändra patientmötet. Patienter som ingick i projektet tillfrågades skriftligt och muntligt om deltagande. **Realistiskt**, förbättringsarbetet skedde i liten skala tillsammans med 15 patienter och fem medarbetare. **Tidsatt**, förbättringsarbetet genomfördes september 2017 till april 2018.

**Förändringsidé:** Förändra patientmötet utifrån samskapad vård med hjälp av PROM/PREM enkät samt utforma ett standardiserat åtgärdsprogram för metabol kontroll.

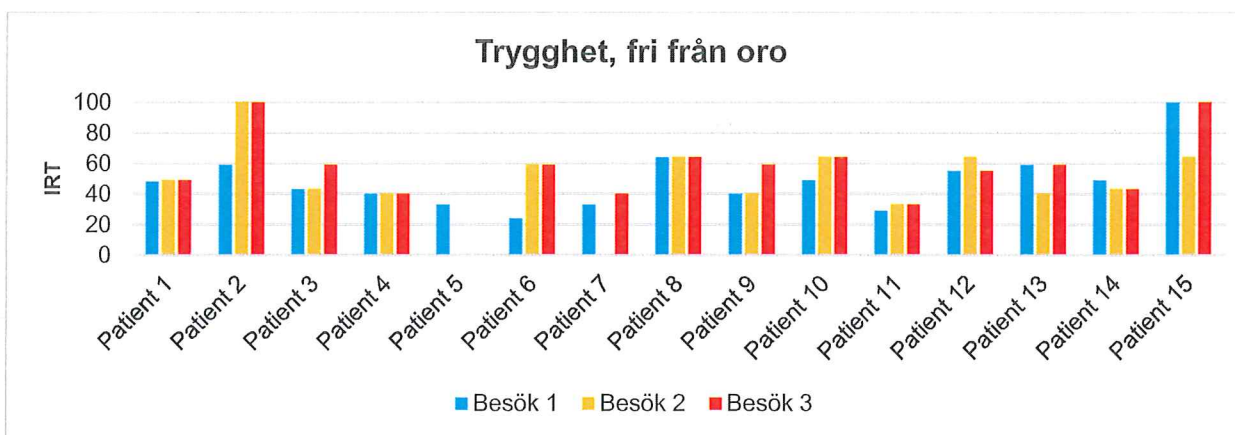
### Hur vet du att denna förändring är en förbättring?



Figur 1 visar patienternas medelvärde gällande HbA<sub>1c</sub> vid deras besök var tredje månad efter införandet av PROM/PREM enkäten samt det standardiserade vårdprogrammet. 13 av 14 patienter förbättrade sitt långtidsblodsocker.



Figur 2 visar patienternas skattning av stöd från diabetesvården vid deras besök var tredje månad.



Figur 3 visar patienternas skattning av trygghet, fri från oro, gällande sin diabetes vid deras besök var tredje månad.

**Resultat:** Målet med förbättringsarbetet var att 15 patienter skulle sänka sitt totala medelvärde för HbA<sub>1c</sub> med 9%. Vid projektstart var medelvärdet 82,5 mmol/mol, n = 14 patienter. Under förbättringsarbetets genomförande sänktes det totala medelvärdet till 70 mmol/mol, d v s 15,2 % (figur 1). För 13 av 14 patienter sänktes HbA<sub>1c</sub>, 9 patienter hade ett HbA<sub>1c</sub> under <70 mmol/mol vilket indikerade att ett förändrat patientmöte samt ett standardiserat vårdprogram kan ha en positiv påverkan på både upplevelsen av delaktighet och diabetesrelaterad hälsa.

Utifrån PROM/PREM enkätens frågor valde författaren att följa några specifika mått gällande förbättrad diabetesrelaterad hälsa och ökad delaktighet. PREM: Stöd från diabetesvården, Tillgänglighet samt Kontinuitet. PROM: Trygghet – fri från oro, Blodsockret inget hinder, samt Diabetes inget hinder. Resultaten gällande PROM/PREM enkäten indikerade förbättringar av delaktighet i upplevelsen av stöd från diabetesvården (figur 2), blodsockret inget hinder samt trygghet – fri från oro (figur 3). Frågor gällande kontinuitet, tillgänglighet samt diabetes inget hinder visade försämrade resultat under förbättringsarbetet.

**Nästa steg:** Bjuda in patienter, närstående och förbättringsteam till fokusgruppsintervjuer för att studera om arbetet med PROM/PREM kan vidareutvecklas utifrån förbättringsarbetets resultat. Diabetesmottagningen behöver utifrån förbättringsarbetets resultat komma till ett beslut om ett breddinförande av PROM/PREM enkäten samt om man ska prioritera verksamhetens patienter med högt HbA<sub>1c</sub> framför de patienter som har stabila värden.

**Faktaruta:**

Namn: Anna Bonnivier,  
 Mail: [anna.bonnivier@sll.se](mailto:anna.bonnivier@sll.se)  
 Arbetsgivare: Södersjukhuset AB

- implementering av kommunikationsverktyget SBAR för att underlätta kommunikationen i teamet runt den äldre

#### Bakgrund

Detta arbete berör tillförlitlig kommunikation mellan vårdpersonal, äldre och närstående på ett vård- och omsorgsboende i Stockholms stad. Bristfällig informationsöverföring, och dess konsekvenser, är ett välkänt fenomen i verksamheten. Tre åtskilda journalsystem måste användas av professionerna i mikrosystemet. Dessa journalsystem kommunicerar inte med varandra, vilket gör att informationsöverföring gällande de äldre i form av förändring, planering och utvärdering är beroende av muntlig kommunikation. Detta leder till att teamsamarbetet och rutiner blir ifrågasatta av de äldre och anhöriga, vilket försvårar en säker vård av god kvalitet. En av fyra enheter, med tjugo äldre, ingick i det initiala förbättringsarbetet.

#### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Patientinvolvering nåddes genom att efterfråga de äldres uppfattning om personalens kunskaper i enkäter och i tillägg intervjua de äldre individuellt för att kunna upptäcka ytterligare förbättringsmöjligheter avseende information. Intervjuerna gav fler uppslag till ytterligare förbättringar för framtiden.

#### Syfte och Mål

##### Övergripande mål

Det övergripande målet är att öka patientsäkerheten genom förbättrad informationsöverföringen runt de äldre på vård- och omsorgsboendet.

##### Förbättringsarbetets syfte

Förbättringsarbetet syftar till att skapa bättre förutsättningar för professionerna i teamet att överföra information av medicinsk- och omvårdnadsmässig karaktär. Målbilden är att de äldre skall uppleva att all personal har god kännedom om den vård och tillsyn den enskilde behöver.

##### Specifika mål

I mars 2018 skall SBAR användas vid alla överrapporteringstillfällen mellan personal, och andel korrekt överförd information mellan två rapporteringstillfällen skall stämma till 100 %. De äldre skall skatta sin upplevelse av att all personal har kunskap om vilken vård och tillsyn som han/hon behöver som minst 5 på en 6-gradig skala i mars 2018, där 1 innebär att de inte alls instämmer och 6 innebär att de instämmer helt. De anhöriga skall skatta sin upplevelse av tillgång på information som minst 5 på en 6-gradig skala i mars 2018. Personalen skall skatta sin upplevelse av tillgång på information som minst 5 på en 6-gradig skala i mars 2018.

#### Förändringsidé

För att underlätta och standardisera kommunikationen i teamet fick personal utbildning i SBAR. Ordens språkliga innebörd i SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt Status och Rekommendation), var inte självklar för alla i arbetsgruppen. Därför modifierades ledorden till VAD-VARFÖR-HUR. SBAR infördes som standardrutin vid överrapportering inom teamet. För att inte vara beroende av muntlig informationsöverföring gjordes även en skriftlig rapportering med hjälp av en whiteboard-tavla som utformades enligt SBAR-strukturen.

#### Resultat

Mätningarna av informationsflödet visade på svårigheten med att överföra information korrekt. Det var lättare att ändra informationsprocessen och göra personalen nöjd med tillgänglig information, än att förbättra informationsflödet och de äldres tillfredsställelse med personalens kunskaper. De äldre önskade information om både vård, omvårdnad och dagliga aktiviteter för att vara nöjda. En förbättring sågs i mätningarna men målen nåddes inte inom tidsramen för projektet. Kombinationen av muntlig och skriftlig överrapportering uppfattades som användbart av de professionella. Grupplärande skedde genom deltagande observation, praktisk övning och återkoppling av mätresultat. Förenkling av SBAR upplevdes mer användbart i ett flerspråkigt sammanhang. Synen på informationsöverföringsprocessen skiftades från ett individuellt perspektiv till ett systemperspektiv.

#### Faktaruta

Namn: Lina Edberg

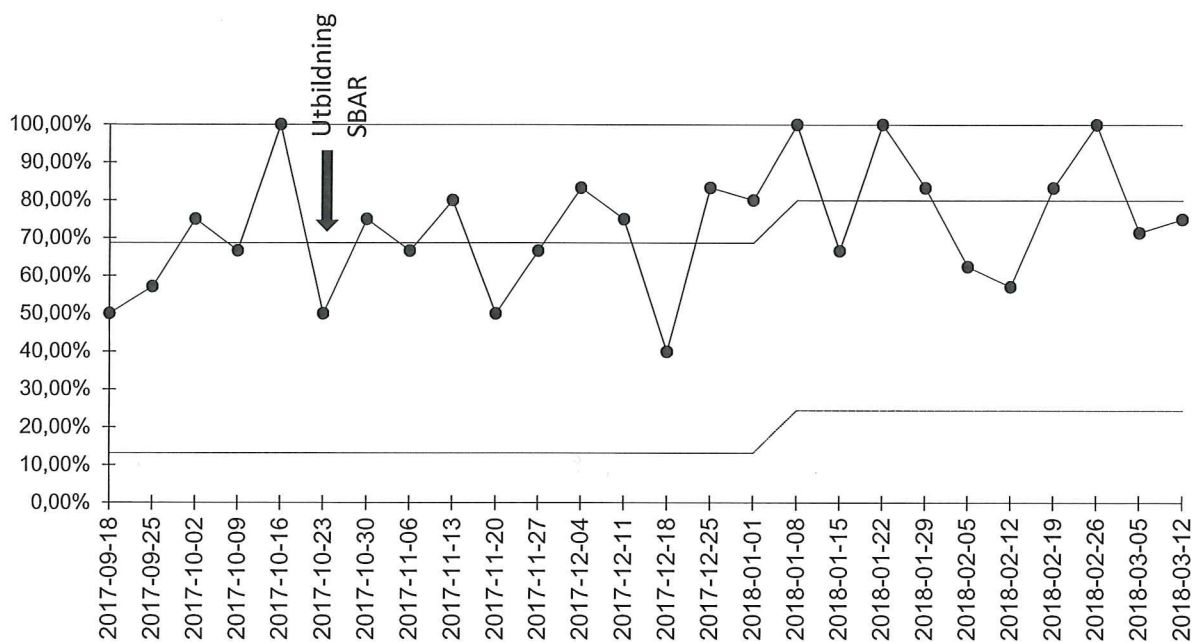
Email: lina.edberg@hotmail.com

Arbetsgivare: Stockholms stad

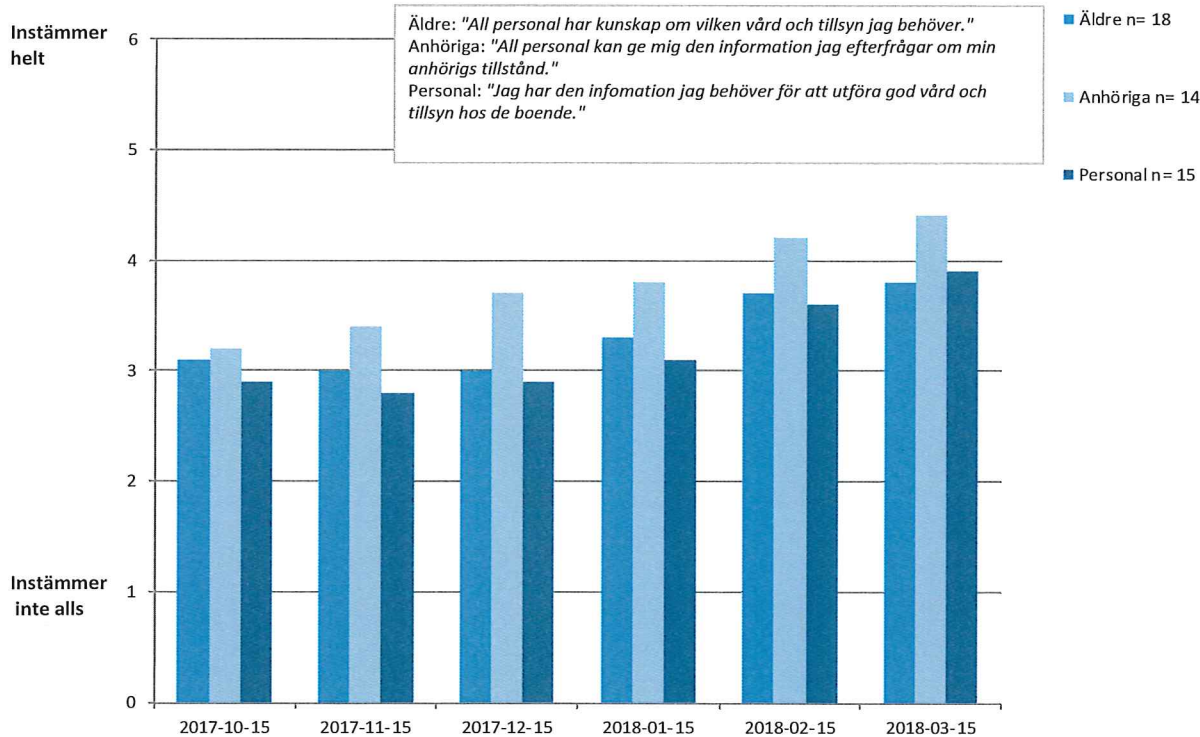
Enhet: Östermalms stadsdelsförvaltning

## Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

### Andel korrekt överförd information mellan två rapporteringstillfällen



### Subjektiv upplevelse av informationsöverföring



# Habiliteringsplanering – begripligt, hanterbart och meningsfullt

## Bakgrund

Arbetsättet habiliteringsplanering representerar ett synsätt där patientens och anhörigas kunskaper och erfarenheter kombineras med hälso- och sjukvårdspersonalens professionella kunnande för att skapa god vård. På den aktuella enheten, med ca 400 barn, hade arbetsättet inte varit i fokus under en period och risken fanns att ärenden föll mellan stolarna eller att arbetet inte skapade värde för barnen och familjerna.

## Patientinvolvering

I förbättringsarbetet tillfrågades föräldrar om deras upplevelser av habiliteringsplaneringen; kände de till planeringen, hade barnet förstått den, när och hur skulle nästa kontakt ske, upplevde de sig delaktiga i barnets habiliteringsplanering och hade planeringen följts?

## Syfte och mål

Syftet med förbättringsarbetet var att säkerställa familjernas möjlighet att vara delaktiga i barnens habilitering, genom att använda arbetsättet habiliteringsplanering. Förbättringsarbetet planerades pågå under 2018 och delmålet fram till sista mars 2018, var att alla tillfrågade föräldrar visste hur barnets planering såg ut och upplevde sig vara delaktiga i barnets habiliteringsplanering. Andel habiliteringsplaneringar som, genom journalgranskning enligt intern bedömningsrutin, bedömdes ha god kvalitet skulle ha ökat från 14 till 20%.

## Förändringsidé

En ökad användning av habiliteringsplanering på enheten förväntades ge effekter på barnens och föräldrarnas upplevelse av delaktighet samt på den bedömda kvaliteten i habiliteringsplaneringarna.

## Hur vet jag att förändringen är en förbättring?

Se tabell 1 för resultatmått, processmått och balanserande mått.

## Resultat

Alla nio föräldrar som tillfrågades visste hur barnets planering såg ut och upplevde sig vara delaktiga i sitt barns habiliteringsplanering. Andelen habiliteringsplaneringar som bedömts ha god kvalitet har ökat från 14 till 19% (n=58). Processmått visar att antalet upprättade mål i habiliteringsplaneringarna kan ha ökat, men inga säkra resultat kan påvisas (figur 1). Som balanserat mått skattade medarbetarna hur väl de upplevde sig känna till respektive använda (figur 2) arbetsättet habiliteringsplanering, i samband med skattningen påvisades oklarheter kring vad som ingår i arbetsättet. Ingen förändring har skett avseende hur ofta medarbetarna upplever att de använder arbetsättet habiliteringsplanering.

## Nästa steg

- fortsatt förbättringsarbete under 2018
- engagera alla medarbetare på enheten
- ökad involvering av barn och föräldrar i förbättringsarbetet
- utveckla teamarbetet
- utveckla relevanta mått
- utbildning i förbättringskunskap på enheten
- klargöra habiliteringsplaneringsprocess

## Faktaruta

Namn: Maja Sällvin

Email: maja.sallvin@skane.se

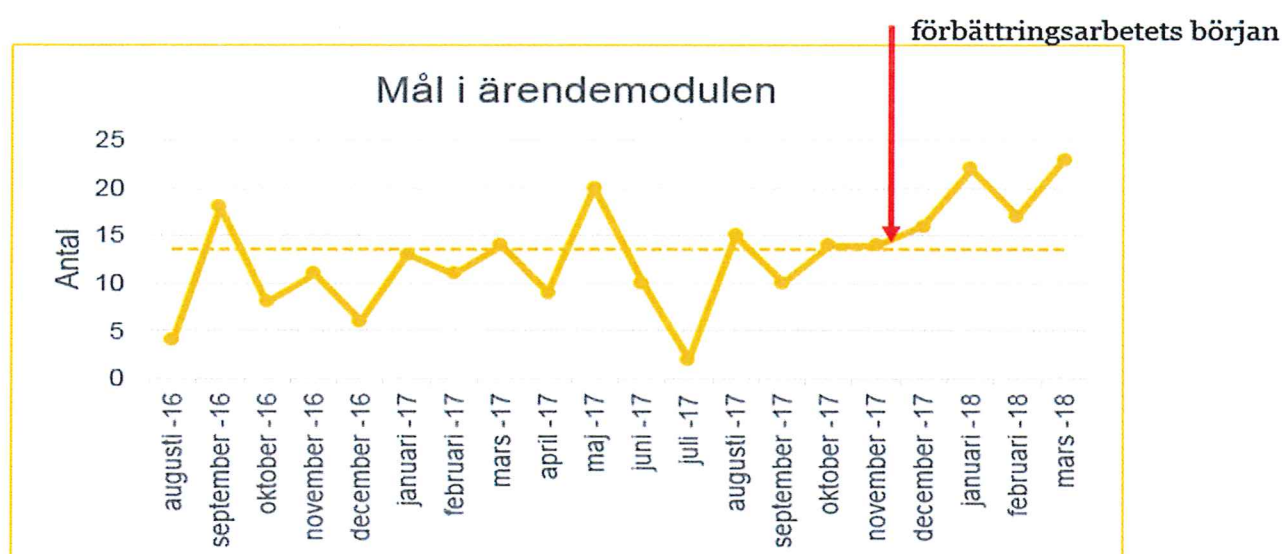
Arbetsgivare: Region Skåne

Enhet: utvecklingsenheten, barn- och ungdomshabiliteringen

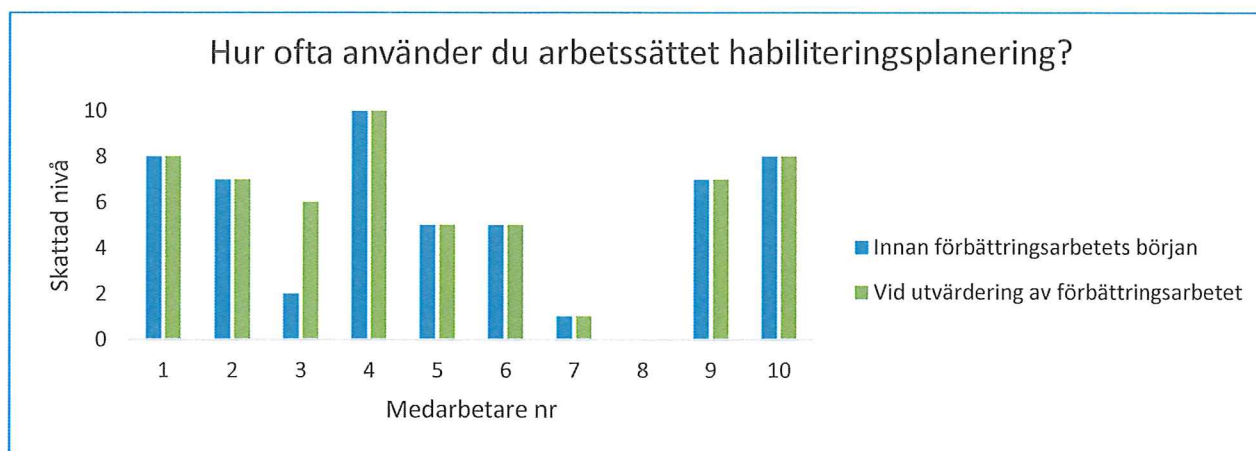


Tabell 1: Family of Measures (FOM) för förbättringsarbetet.

Typ av mått i förbättringsarbetet	Habiliteringsplanering FOM
Resultatmått	- Antal tillfrågade familjer som har kännedom om och upplever att de är delaktiga i barnets habiliteringsplanering. - Andel granskade habiliteringsplaneringar med bedömd god kvalitet, stickprov i 58 journaler under våren 2018.
Processmått	- Antal mål per månad som presenterats i journalens ärendemodul (figur 1). - Antal tillfrågade föräldrar som upplever att planeringen har följts.
Balanserande mått	- Medarbetares upplevelser av förbättringsarbete kring arbetssättet habiliteringsplanering - Medarbetares skattade kännedom om och användning av (figur 2) arbetssättet habiliteringsplanering.



Figur 1: Processmått för antal mål som skapats i patientjournalens ärendemodul under de senaste 20 månaderna. Pilen anger när förbättringsarbetet påbörjades.



Figur 2: Medarbetarnas skattning i samband med utvärdering av förbättringsarbetet, av hur ofta de använde arbetssättet habiliteringsplanering innan förbättringsarbetets början respektive vid utvärdering av förbättringsarbetet. Frågan löd: Hur ofta använder du arbetssättet habiliteringsplanering? Skattning 1=aldrig, 10=alltid. En medarbetare valde att skatta 0.

## Callcenter för ökad telefontillgänglighet

### Bakgrund

Telefontillgängligheten har under en mycket lång tid varit otillfredsställande på många vårdcentraler i Närhälsan. Primärvårdschefen för område v3 ansökte om medel av förvaltningsdirektören för att ta undersöka om man kan förbättra telefontillgängligheten med ett call-center som back-up. Det gäller ett mindre område i Västra Götalandsregionen med 18 vårdcentraler.

### Syfte och mål

**Global Aim:** Alla patienten ska få kontakt med sin vårdcentral samma dag hen ringer.

**Specific Aim:** Är att när en vårdcentral av någon anledning har svårt att ta emot alla inkommande samtal eller ringa utgående samtal i tid går sjuksköterskor in från call-centret och gör detta.

Sjuksköterskorna i callcentret sitter i en annan lokal utanför vårdcentralerna.

**Mätbart:** Statistik tas ut ur CallMe:s statistikprogram

Delmål: 90 % telefontillgänglighet samma dag till den 31/12-17

**Mål:** 95 % telefontillgänglighet samma dag till den 30/9-18

**Accepterat:** Projektet är grundat med ny personal och alla medarbetare på de 18 vårdcentralerna.

**Tidsatt:** Callcenter startade som projektform den 9/10-17 och avslutas den 30/9-18.

**Förbättringsidé** Genom att öppna ett callcenter med sjuksköterskor, som sitter i en annan lokal än vårdcentralerna, se om telefontillgängligheten öka i ett litet område i Västra Götalandsregionen. Sjuksköterskorna kommer att ringa i de olika vårdcentralernas telefonsystem. I bilaga 1 ses årshjulet för projektet

### Hur vet du att denna förändring är en förbättring

Mätningen av antal inkommande samtal och telefontillgängligheten började i juni-17 månadsvis för att kunna följa telefontillgängligheten och fortsatte till och med mars-18. Se bilaga 2

### Resultat

- Fler patienter når sin vårdcentral, enligt styrdiagrammet nådde vi delmålet i mitten av december för att sedan sjunka i tillgänglighet. I januari blev två sjuksköterskor sjukskrivna på callcenter detta kan förklara nedgången i projektet
- Större förståelse för andra verksamheter
- Bredare kompetens
- Positivt mottagande av callcenter på vårdcentralerna
- Uppmärksammat att alla har olika bokningsrutiner trots samma journalsystem

### Nästa steg

Beroende på slutresultatet i september 2018, då beslut tas om fortsättning av projektet. Jag kommer att rekommendera att callcenter får en fortsättning efter projekttidens slut. Bra underlag inför nästkommande journalsystem. Då behöver tidböckerna o rutiner vara samstämmiga inom Närhälsan i Västra Götalandsregionen.

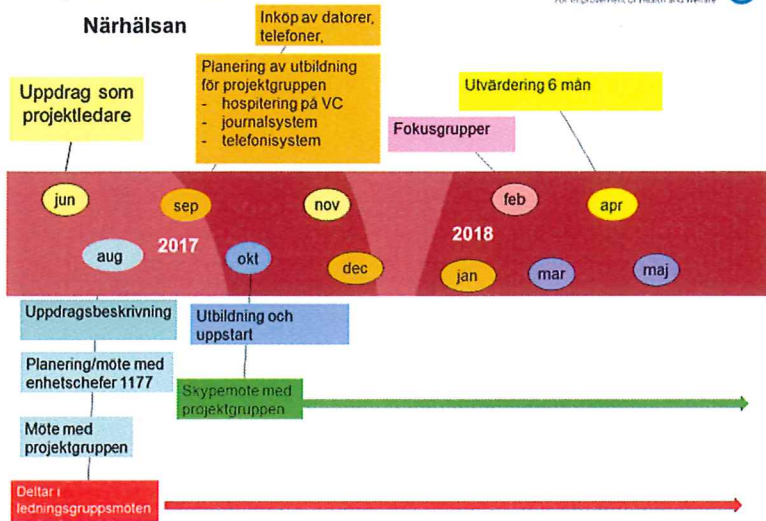
### Faktaruta

Namn: Malin Sköld

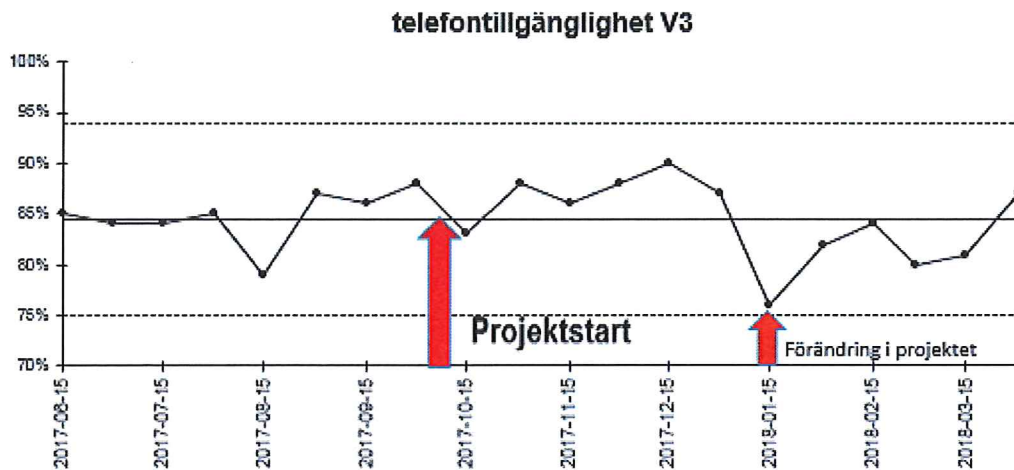
Epost: [malin.skold@vgregion.se](mailto:malin.skold@vgregion.se) Arbetsgivare: Västra Götalandsregionen.

Enhet: Närhälsan Alingsås jourcentral

## Projekt V3 Callcenter



## Bilaga 1



Bilaga 2 Mätningar av telefon tillgänglighet, andel besvarade samtal samma dag. Den röda pilen visar när projektet startade. Förändringen visar när antal sjuksköterskor blev mindre i projektet

Citat från intervjuer:

*"Viktigt att patienterna kommer fram trots att det inte finns någon läkartid"*

*"Jätteresurs för oss (vårdcentral) och ingen förbokning"*

*"Hur sjutton håller de isär de olika vårdcentralernas tidböcker. Beundrar dem och de är en otrolig resurs"*

*"Jag lär mig om mediciner och får en annan syn på vårdcentralernas arbete"*

## Att stödja egenförmåga med hjälp av coach-och mentorprogram vid barn- och ungdomsdiabetes

### Bakgrund

Diabetes ställer stora krav på patienter att klara av sin egenvård som utöver att behärska all teknisk utrustning bland annat innebär att mäta blodsocker, räkna ut lämpliga insulindoser och ta insulin flera gånger/dygn. 77% av de barn och ungdomar som tillhör barndiabetesmottagningen i Region Jönköping når inte behandlingsmålet för HbA1c.

### Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet var att genom en modifierad variant av Experienced Based Co-Design (EBCD) ta reda på vad ungdomar med diabetes, deras vårdnadshavare, diabetesteam och skolpersonal anser är viktigt för att få vardagen att fungera för den som har diabetes och utifrån det tillsammans formulera förbättringsförslag.

Det specifika syftet med förbättringsarbetet var att undersöka om det går att förbättra metabol kontroll och/eller känsla av egenförmåga hos ungdomar med diabetes och deras anhöriga genom att testa förbättringsförslagen coach- och mentorskapsprogram under perioden oktober 2017 – mars 2018.

### Förändringsidé

Touch-points (känslomässigt viktiga punkter) från fokusgrupper och intervjuer med ovanstående intressenter låg till grund för diskussioner vid en workshop där förbättringsförslag gemensamt togs fram. Det prioriterade förslaget mentorskap testades i två former: coach-program för familjer vars barn nyligen diagnostiserats med diabetes och mentorprogram för tonåringar med diabetes. Coach-programmet innebar att nya familjer erbjöds kontakt med en vårdnadshavare med minst ett års erfarenhet av diabetes. Mentorprogrammet innebar att två tonåringar med högt HbA1c under 12 veckor erbjöds en mentor i samma ålder med lägre HbA1c. Under de 12 veckorna rapporterades medelblodsocker till projektledare via sms. Bild 1 visar en övergripande plan för projektet.

### Resultat

Coach-programmet upplevdes positivt av både coacher, coachade och barndiabetesteamet. Coacherna var glada att få dela med sig av sin kunskap och erfarenhet och ville ge tillbaka det de saknat när deras barn fick diabetes. De coachade upplevde en ökad trygghet och värdesatte möjligheten att kunna ställa frågor till personer med erfarenhet utanför vården (Se resultat av innehållsanalys i bild 3). De två tonårstjejer som fick varsin jämnårig mentor sänkte sitt medelblodsocker under projekttiden (Se bild 2). De tyckte att möjligheten att dela erfarenheter med en person i samma situation gav en ny dimension och de upplevde en större motivation än de gjort tidigare. Även mentorerna värdesatte kontakten med någon i liknande situation.

### Nästa steg

Barndiabetesteamet i Jönköping har beslutat att coach-programmet ska implementeras på kliniken. Barndiabetesteamen i sydöstra sjukvårdsregionen har varit delaktiga i fokusgrupp och har följt arbetet under projekttiden och är intresserade av att få ta del av resultaten för att eventuellt testa det på de egna klinikerna.

### Faktaruta

Namn: *Kerstin Ramfelt*

Email: *kerstin.ramfelt@rjl.se*

Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Rehabiliteringscentrum 3, Länssjukhuset Ryhov

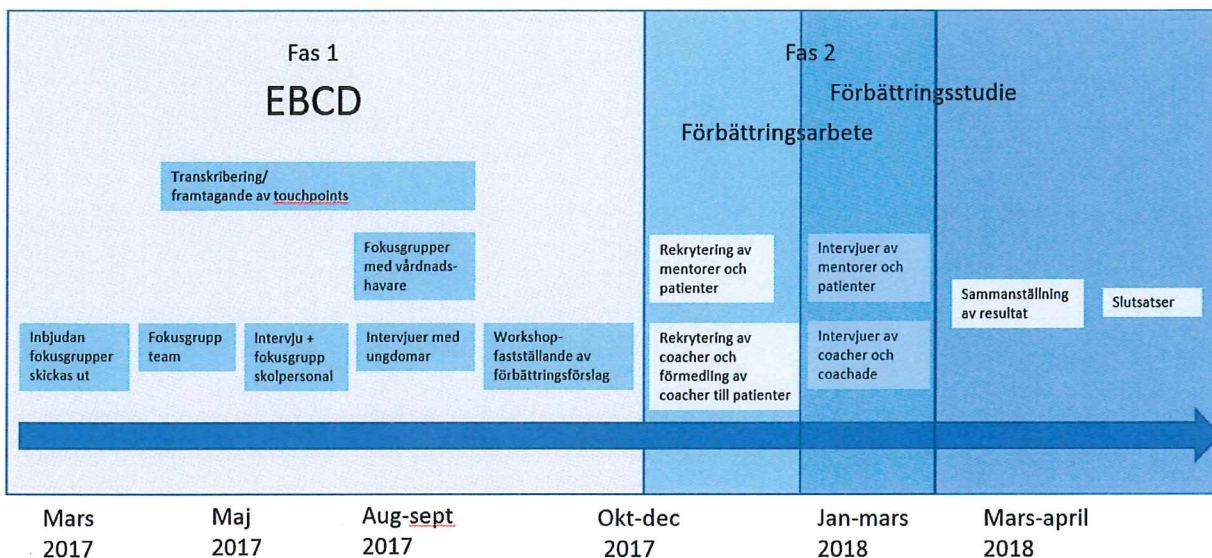


Bild 1. Tidplan för förbättringsprojektet

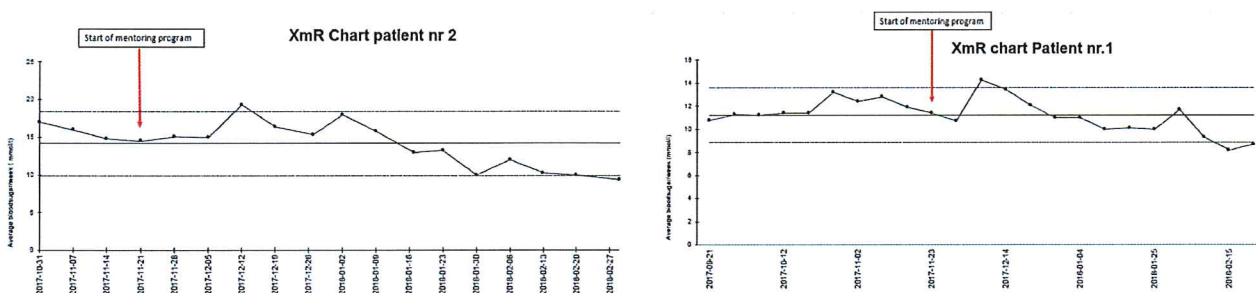


Bild 2. Medelblodssocker för de båda patienterna i mentorsprogrammet

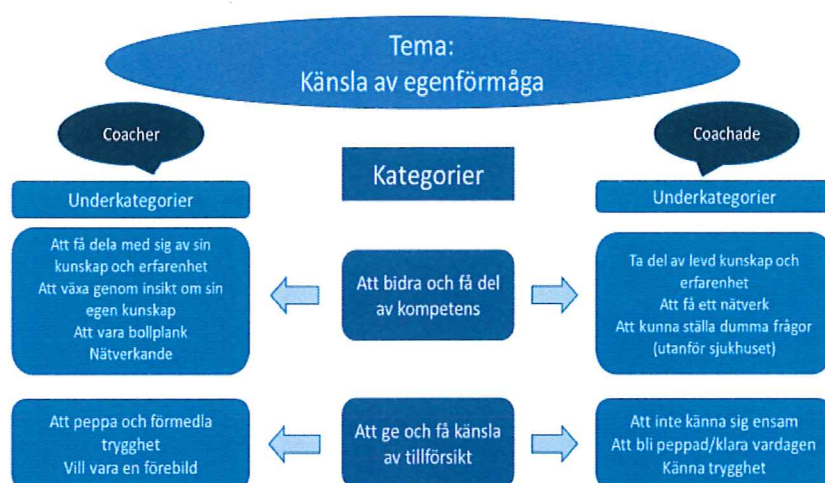


Bild 4. Grupparbete under EBCD-Workshop

Bild 3. Sammanställning av kategorier och underkategorier ur innehållsanlys av coach-projektet

## Årsbok 2018

### Titel på förbättringsarbete

Från misstanke till diagnos – effektivare utredningsprocess för patienter med demenssjukdom. Ett förbättringsarbete i primärvården.

### Bakgrund

En demenssjukdom är inte möjlig att bota men med olika vård- och omsorgsinsatser kan man underlätta vardagen och förbättra livskvaliteten för den drabbade, under en förutsättning att patienten har genomgått en utredning för att säkerställa en diagnos med sjukdomens typ och stadium. Enligt Socialstyrelsen bör demensutredning påbörjas inom 30 dagar efter upptäckten av minnessvårigheter hos patienten och utredningstiden bör inte överstiga 30 dagar. På två vårdcentraler i Malmö utfördes baslinjemätningar som påvisade fördröjningar i utredningsprocessen.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Arbetsättet ändrades på båda vårdcentralerna. Patienterna blev inte direkt involverade eftersom detta förbättringsarbete var ingenting mer förutom det författaren gjorde i vardagliga vården. Samtliga patienter gynnades av att medverka genom att få snabbare utredning.

### Syfte och Mål

Syftet med detta förbättringsarbete var att förkorta utredningsprocessen i primärvården. Målet var att alla patienter utredda på minnesmottagningen under ett årsperiod, skulle få diagnos eller avslutad utredning inom 12 veckor. Tiden ansågs som rimlig utifrån beräknad tid till röntgen CT i regionen.

### Förändringsidé

#### PDSA 1

Workshop med läkargruppen. Arbetsättändring: patienter med misstänkt demens prioriterades och bokades av projektansvarig.

#### PDSA 2

Fortlöpande mätningar över tid visade skillnad i mätresultat mellan båda vårdcentraler. Ett nytt bokningssystem framställdes på VC 2: läkartider på denna vårdcentral bokades av läkarsekreterarna istället för projektansvarig.

### Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Samtliga 50 patienter utredda på minnesmottagningen fick diagnos eller avslutad utredning samt hjälp med adekvat medicinering, omvårdnadsinsatser samt andra åtgärder t.ex. samtalsterapi hos psykologen. Utifrån kliniskt perspektiv ökade effekten för verksamheten genom att flera patienter fick diagnoser. Detta förbättringsarbete krävde inte nya resurser utan effektivare användning av befintliga resurser. Samtliga anhöriga som blev intervjuade efter avslutad process, var nöjda med processens tidsgång och snabba diagnoser. Samtliga medarbetare var nöjda med det nya arbetsättet vilket förbättrade samverkan mellan primärvården och kommunen vid vård av patienter med demenssjukdom.

### Resultat

Andelen utredningar avslutade inom 12 veckor ökade på VC 1 från 62 % till 93 %. På VC 2 ökade andelen utredningar avslutade inom 12 veckor, från 61 % till 95 %. Resultatet presenteras i bilaga 1.

### Nästa steg

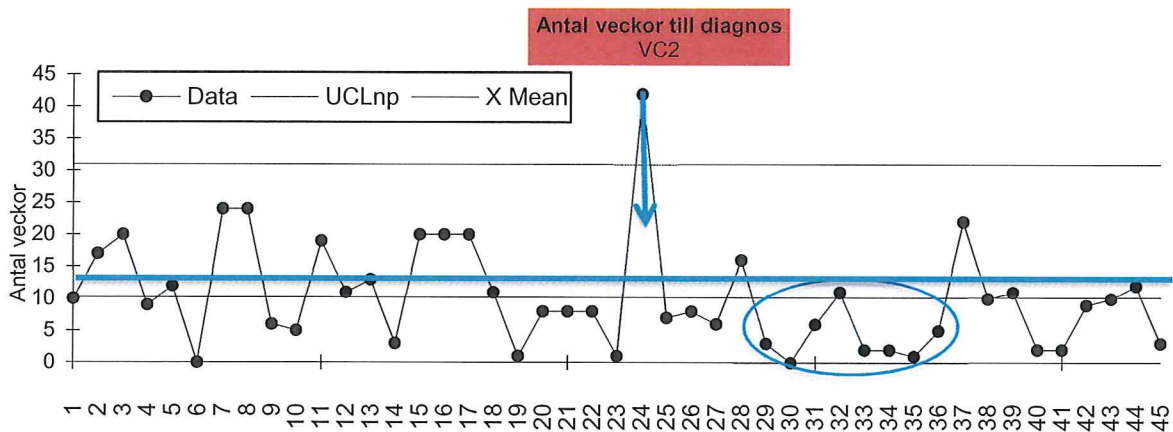
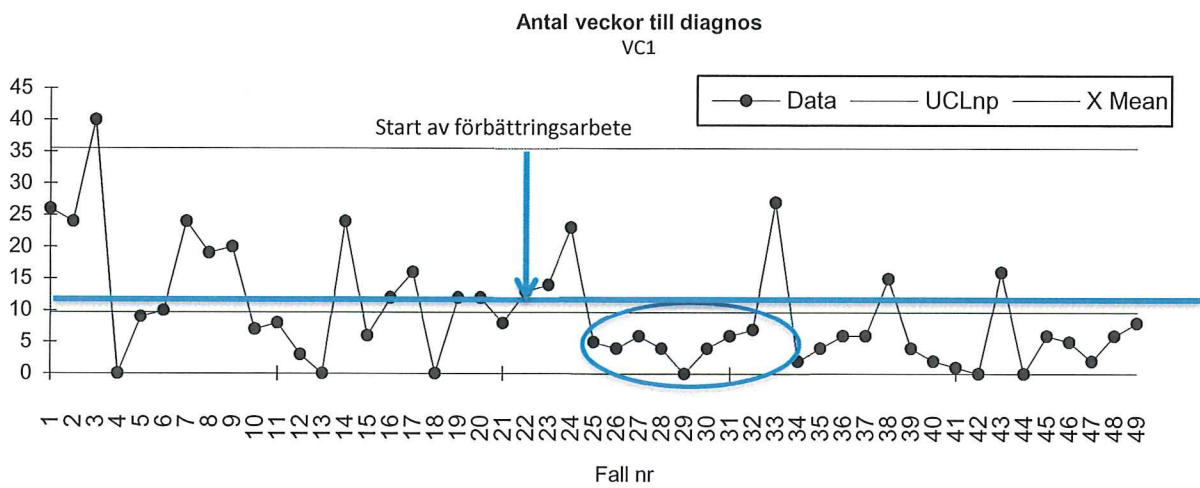
Den nya arbetsmodellen kommer att implementeras i båda vårdcentraler men även spridas vidare regionalt och nationellt. Slutsatser från detta förbättringsarbete kan vara aktuella för andra primärvårdsenheter eller privata aktörer som utför basala utredningar.

### Faktaruta:

Namn: *Elisabeth Szopa*

Mail: [elisabeth.szopa@malmö.se](mailto:elisabeth.szopa@malmö.se)

Arbetsgivare: *Region Skåne*



## Årsbok 2018

**SOS 112 – vad har inträffat?** Ett förbättringsarbete i syfte att öka säkerställandet av vitala parametrar i nödsamtalet genom återkommande regelbunden reflektion.

### Bakgrund

Nödsamtalet är komplext och det är svårt att bedöma ett ambulansbehov endast med hjälp av röst och hörsel och ännu svårare om man inte vet om patienten är vaken och andas. Vid samtalsavlyssning och avvikelshantering vid SOS Alarm finns en trend i de fall ärendet inte får rätt prioritering: att vitala parametrar inte säkerställs tillfredställande. Operatörerna har teknisk möjlighet men saknar tid och verktyg för att reflektera över och lära sig av sina samtal, samtidigt som reflektion är ett väl beprövat sätt att utvecklas

### Patient-/kundinvolvering

Förbättringsarbetet syftar till säkerställande av de mest basala livstecknen hos patienten i nödsamtalet för att kunna avgöra om tillståndet är livshotande och inte i första hand om patientens upplevelse. Patient-involvering på annat sätt är svårt då man vid nödsamtalet är anonym men kommer att vara av stor vikt i fortsatt förbättringsarbete när det gäller övrigt innehåll i nödsamtalet.

### Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att öka säkerställandet av vitala parametrar och korrekt prioritering i nödsamtalen när de hanterades vid utvald SOS Central. Målen som skulle vara uppnådda i mars 2018 var att hjälpbehövandes; andning och medvetande säkerställdes i alla avlyssnade samtal, samt att prioriteringen bedömdes korrekt (enligt fastställda definitioner i larmhanteringsprocessen).

### Förändringsidé

Förändringsidén var att genom regelbunden återkommande, strukturerad återkoppling och reflektion av utförda samtal öka säkerställandet av vitala parametrar och korrekt prioritering i nödsamtalen. Med hjälp av Nolans förbättringsmodell (figur 1) utformades idén att låta operatörerna lyssna på sina egna samtal och reflektera utifrån en reflektionsmall baserad på Gibbs reflektionscykel. Detta för att öka medvetenheten om innehållet och vilka förändringar som behövde göras, främst gällande säkerställande av vitala parametrar.

### Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Genom att över tid mäta hur stor i hur stor andel av samtalen som andning och medvetande säkerställdes och de fick en korrekt prioritering samtidigt som operatörerna regelbundet återkommande hade avlyssning och reflektion med närmaste chef.

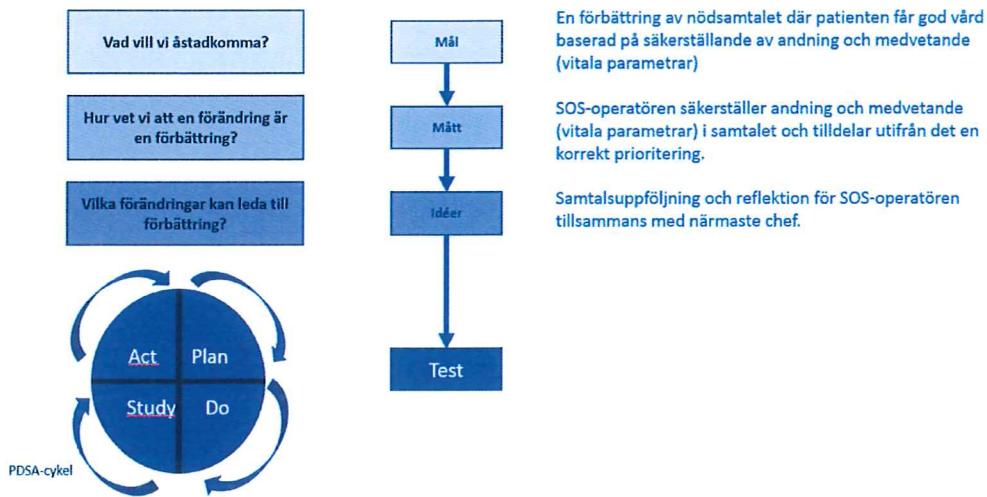
### Resultat

I Figur 2 syns baslinjen mätt på alla operatörer och, efter start av reflektion, mätning endast hos de som ingick i projektet. 3-5 samtal per månad hos de deltagande 12 operatörerna avlyssnades med resultatet i figur 2. Slutsatsen var att regelbunden avlyssning och reflektion ökar säkerställandet av vitala parametrar och korrekt prioritering i nödsamtalen. Även om målet 100% inte uppnåddes i mars utfördes det med jämnare frekvens än tidigare. I reflektionen framkom att det var en framgångsfaktor att följa fastställd process för samtalet men att tekniskt stöd för ändamålet saknas. Det framkom också att operatören ibland kände sig distraherad av omgivningen vilket påverkade resultatet av samtalet

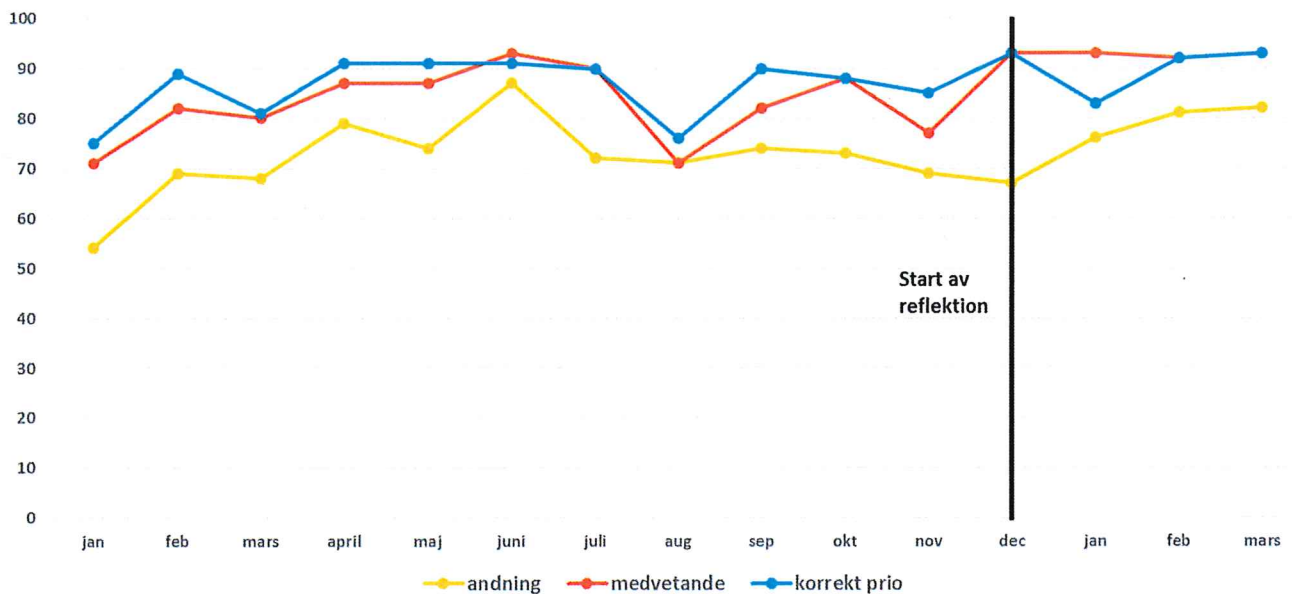
### Nästa steg

Intentionen är att fortsätta förbättringsarbetet på utvald SOS central. Resultatet har presenterats för ledningsgruppen så att beslut om fortsatt arbete ska kunna tas inom kort.. Förhoppningen är att fler operatörer ska ha möjlighet att regelbundet lyssna på och reflektera över sina samtal för att förbättra innehållet i samtalet och då inte minst säkerställande av vitala parametrar.





Figur 1 Nolans förbättringsmodell med projektets tänkta mål, mått och idéer.



Figur 2 Säkerställande av vitala parametrar samt korrekt prioritering i % av avlyssnade samtal aktuell SOS-central 2017-2018

Anneli Hallberg  
[anneli.hallberg@sosalarm.se](mailto:anneli.hallberg@sosalarm.se)  
 SOS Alarm Sverige AB  
 Göteborg  
[www.sosalarm.se](http://www.sosalarm.se)

**SOS Alarm**

f t i in y

# Framtagning av tjänster för att stödja äldre patienter att förbereda sig inför ett läkarbesök på en husläkarmottagning, i avsikt att öka delaktigheten.

## Bakgrund

Det kan vara svårt för en del multisjuka äldre patienter att formulera och beskriva sina besvär när de besöker primärvården. Om inte patienterna delger sin agenda i besöket kan upplevelsen av delaktighet påverkas negativt. Att utveckla arbetet med att förbättra äldre patienters delaktighet i vården är därför en angelägen uppgift.

## Patientinvolvering

Genom tjänstedesign som metod togs tre personas och patientresor fram genom intervjuer, observationer och workshops. Tjänster som hade som utgångspunkt att förbättra upplevelsen av delaktighet, utvecklades, testades och utvärderades tillsammans med patienterna.

## Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbete är att undersöka på vilket sätt förberedelser inför ett läkarbesök kan bidra till delaktighet för multisjuka äldre på en husläkarmottagning. Det specifika målet var att patienterna skattar hög upplevelse av delaktighet (7–9) efter att ha använt de framtagna tjänsterna under förbättringsarbetet.

## Förändringsidé



### 1. Besökshjälpen

Idén var att utforma en guide/formulär som skulle syfta till att hjälpa patienterna att förbereda sig inför ett läkarbesök. Avsikten var att öka patienternas delaktighet i besöket.

### 2. Förberedande samtal med sjuksköterska innan läkarbesök

Multisjuka kvinnor över 75 år med fler än 7 besök per år erbjöds ett samtal med en sjuksköterska 30 min innan läkarbesöket. Avsikten med samtalet var att de skulle få hjälp med att identifiera sina behov i en trygg miljö, få tid att strukturera och prioritera informationen inför mötet med läkaren samt dokumentera det i besökshjälpen.

## Resultat

Besökshjälpen gav förutsättningar för patienterna att förbereda sig inför ett läkarbesök. Det gav även vinster under läkarbesöket då läkaren och patienten tillsammans kunde gå igenom det som patienten upplevde som viktigast. Detta ledde i sin tur till ökad delaktighet. Det förberedande samtalet med sjuksköterska var det som skapade högst värde för både patienter och läkare genom att patienten hade fått stöd i att samtala om andra saker som påverkade livskvaliteten och hjälp med struktur inför läkarbesöket.

## Nästa steg

Att starta en äldreomsorgsgruppen september 2018 för att utveckla och förbättra vården för de multisjuka äldre patienterna på Husläkarmottagningen.

## Faktaruta

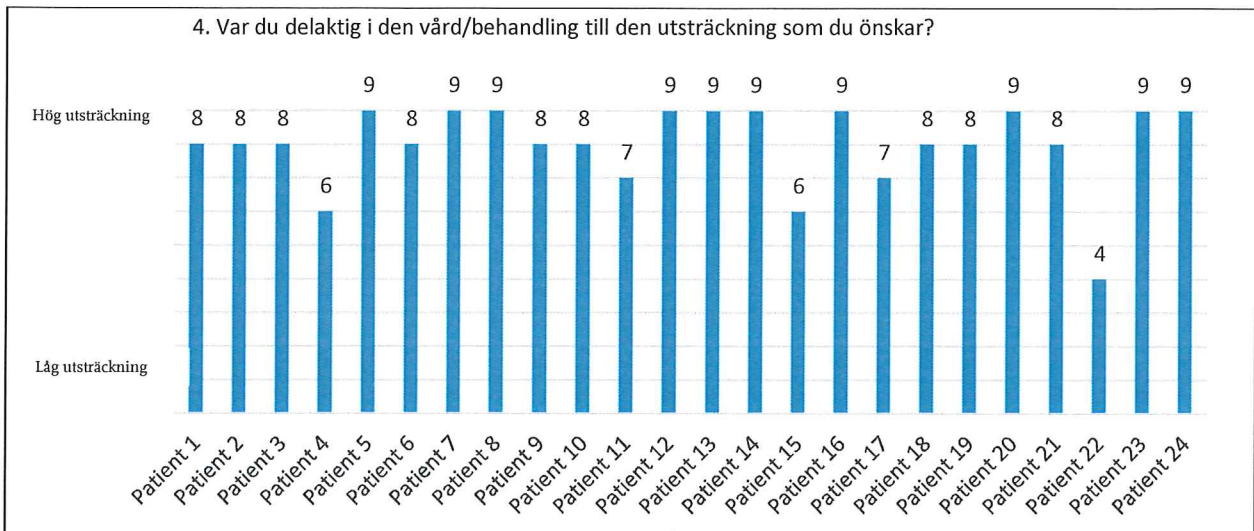
Namn: Karin Evenholt

Email: Karin.evenholt@stockholmsjukhem.se

Arbetsgivare: Stockholms Sjukhem

Enhet: Rehabilitering och primärvård.

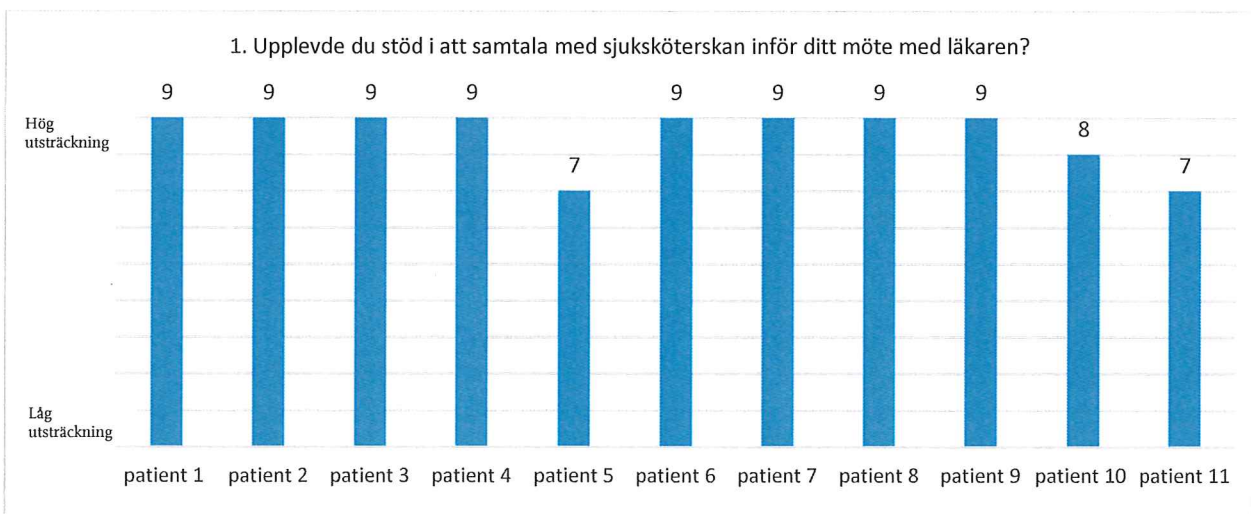
## Besökshjälpen, utvärdering genom enkäter och uppföljande samtal



*Det är så lätt att man glömmer vad det är man ska säga. Jag brukar skriva listor, men de brukar bli lite röriga. Det här var jättebra. Citat patient*

*Det var bra att använda besökshjälpen när patienten tappade fokus för vad vi skulle tala om. Då kunde vi gå tillbaka och läsa vad patienten hade skrivit. Citat läkare*

## Utvärdering förberedande samtal genom enkäter och uppföljande samtal



*Hur sjukdomen påverkar mitt liv har jag aldrig pratat med någon annan tidigare om, det var ganska jobbigt men skönt efteråt. Citat patient*

*Jag tycker att det här var bra att få sitta ner i lugn och ro och få tänka efter vad jag vill ha hjälp med, det är lätt att glömma om man är stressad. Citat patient*

## Årsbok 2018

### Titel på förbättringsarbete

Ett tryggare och säkrare omhändertagande av patienter med urinretention - ett förbättringsarbete utfört på en akutmottagning inför behandling med urinkateter

### Bakgrund

Urinretention betyder oförmåga att tömma urinblåsan och kan vara antingen akut eller kronisk. Den akuta urinretentionen är ett livshotande tillstånd och behöver åtgärdas omedelbart. Det är också viktigt att snabbt sätta in behandling då urinblåsan kan ta skada och en kronisk blåstömningsproblematik kan uppstå. På akutmottagningen där förbättringsarbetet utfördes saknade bra rutiner gällande omhändertagande av patienter med urinretention inför behandling med urinkateter i hemmet.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Förbättringsarbetet vände sig direkt till patientgruppen som deltog via enkäter i syfte att utvärdera omhändertagandet på akuten. Patientgruppens kommentarer i en öppen fråga bidrog i utformningen av en ny skriftlig patientinformationsbroschyr om kateterbehandling. Initialt deltog även en patient som medlem i projektgruppen.

### Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att under ett år förbättra omhändertagandet av patienter med urinretention på akutmottagningen, minska riskerna vid kateterbehandling i hemmet och öka delaktigheten och tryggheten hos patientgruppen. Projektet påbörjades i november 2016 och avslutades i november 2017.

### Förändringsidé

Projektidén presenterades för arbetsgruppen på akuten samtidigt som journalgranskning påbörjades av patientgruppen som sökte med urinretention för att beskriva patientgruppens behov. Efter kartläggning kom följande tre förbättringsidéer att testas i projektet:

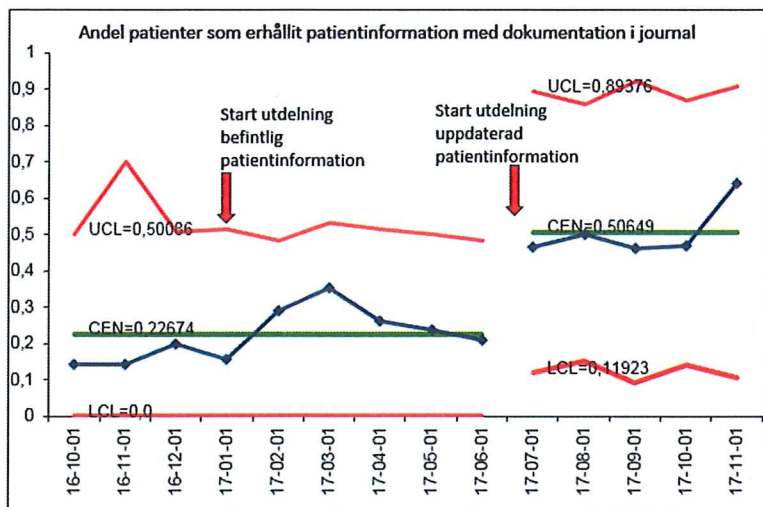
1. Utbildning till personalgruppen gällande kateterhantering och informationsteknik
2. Patient broschyr framtagen av patienter och personal i samarbete
3. Standardiserat kateterkit för patientgruppen inför hemgång

### Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

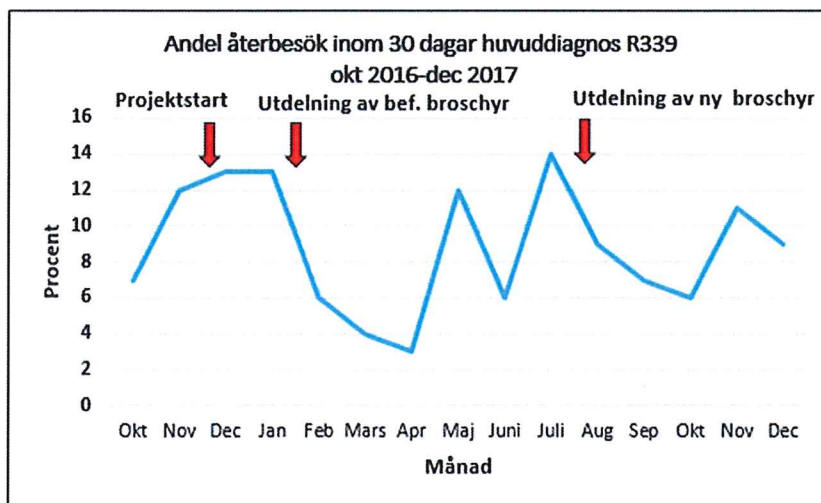
Mätningarna som gjordes var bl.a andel dokumenterad given patientinformation om kateterbehandling i patientjournalen, andel återbesök inom 30 med komplikationer relaterat till urinretentionen. Övriga mätningar som låg till grund för förbättringsarbetets resultat var personal- och patientenkäter som skickades ut tre gånger under projektiden.

## Resultat

Mätningar som utfördes var andel dokumenterad patientinformation i journal som ökade under projektiden.



Mätningar gällande återbesök inom 30 dagar följdes och gav ett försiktigt positivt resultat som grafen nedan visar.



## Nästa steg

I nästa steg utvecklas användandet av patientinformationen och ett nytt avsnitt om urinretention i Viss.nu tas fram i samarbete med Specialitetsrådet i Stockholm för att få en spridning i primärvården. Utbildning av kateterhantering planeras för gruppen ST-läkare på Södersjukhusets akutmottagning och en sjukhusövergripande öppen kateterverkstad planeras till hösten. I dagarna släpps också patientinformationsbroschyren på hela Södersjukhuset som då ges möjlighet att planera tillsammans med patienten inför hemgång med kateter på ett tryggt och säkert sätt.

## Faktaruta

Namn: Åsa Bäärnhjelm

Email: asa.baarnhielm@sll.se

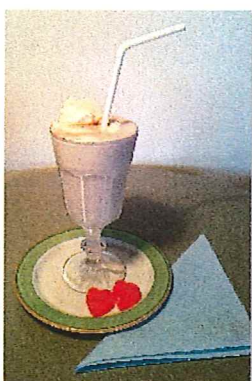
Arbetsgivare: Urologkliniken

Enhet: Södersjukhuset, Stockholms Läns Landsting

## Förbättrad nutritionsvård på äldreboendet Solgården

### Bakgrund

För äldre patienter som bor på äldreboenden förekommer undernäring och ofrivillig viktnedgång vilket kan leda till ökade komplikationer såsom fall, trycksår och dödlighet. Att arbeta förebyggande mot undernäring på äldreboenden är en angelägen patientsäkerhetsfråga och en viktig del är att identifiera patienter med stor risk för undernäring för att tidigt sätta in förebyggande åtgärder. På äldreboendet Solgården som har 63 platser för patienter med demenssjukdom, ses brister i dokumentationen i vårdhjälsplanerna för nutrition. Även observationer av mellanmål visar på brister i form av att de innehåller för lite proteiner och för lite energi. Ofrivillig viktnedgång förekommer hos ca 5-7 patienter varje månad.



### Patient-/brukar-/kundinvolvering

På Solgården finns ett boenderåd som träffas ett antal gånger per termin, där har författaren deltagit i diskussioner om vad patienterna själva önskat förbättra.

### Syfte och Mål

Att ingen patient på Solgården har ofrivillig viktnedgång.

Delmål 1: Att samtliga mellanmål ska innehålla 150–200 Kcal.

Delmål 2: Att samtliga journaler ska innehålla 100% korrekt skriven nutritionsplansplan.

Den 28 mars 2018 skall målen vara nådda.

### Förändringsidé

Förbättringsarbetet genomfördes utifrån Nelson, Batalden och Godfreys (2011) Improvement ramp. Förändringarna bestod av:

- införandet av måltidskort med patientbundna ordinationer från sjuksköterskan.
- gemensam genomgång av ett integrerat arbetssätt för sjuksköterskorna med Senior Alert, lokal rutin för nutrition och skapandet av standardvårdplan för nutrition.
- Vägning av samtliga patienter varje månad.
- Öka kunskap om mellanmålets betydelse genom information i alla verksamhetens möten och veckobrev och mail. Införandet av färdiga mellanmålsmenyer.

### Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Se bilaga sid 2 för visualisering av antal korrekta mellanmål, journalgranskning och ofrivillig viktminskning.

### Resultat

Inget av målen nåddes inom satt tidsram, dock ses förbättringar i samtliga mätningar. Nutritionsvården på Solgården har förbättrats genom att patienters ofrivilliga viktnedgång har minskats, bättre mellanmål och förbättrad dokumentation. Utmaningen i arbetet har varit att särskilja vilka patienter som i stället ska ha ett palliativt mål med nutritionsvården som då är välbefinnande och autonomi.

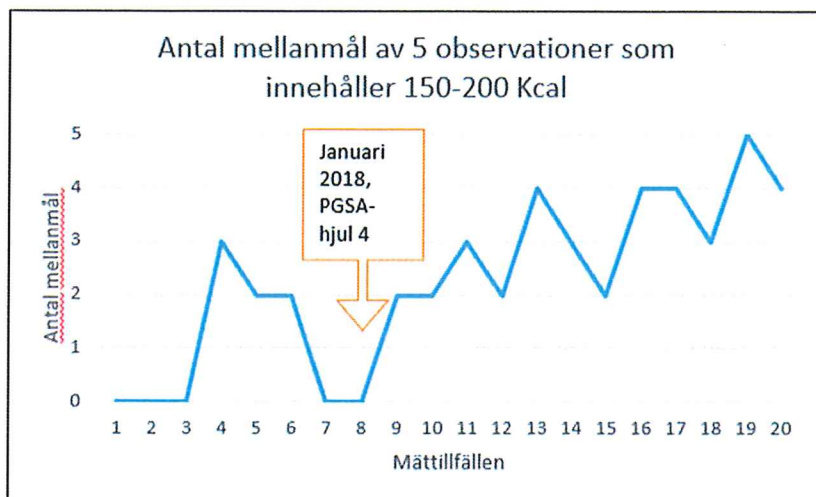
### Nästa steg

Verksamheten fortsätter att arbeta vidare med nutrition och förbättra resultatet på mätningarna ytterligare. Förbättringsarbetet är inte ett projekt utan något som arbetas med varje dag i verksamheten.

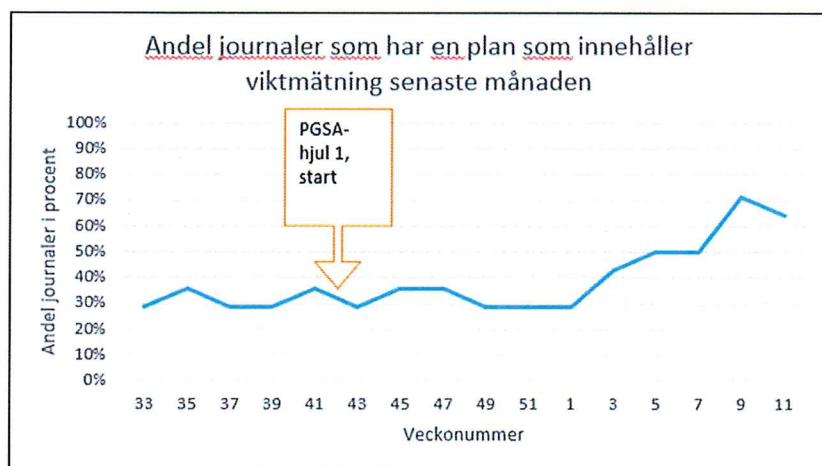
### Faktaruta

Namn: Louise Törnquist  
Email: louise.tornquist@gmail.com

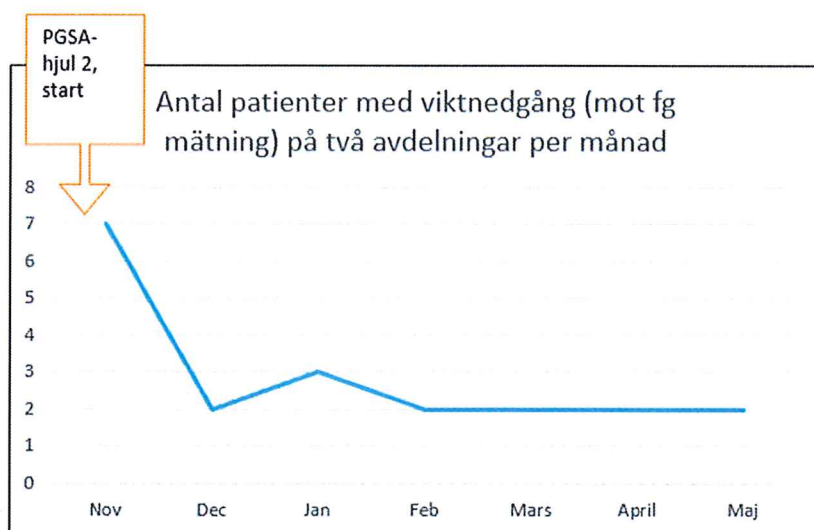
## Hur vet du att denna förändring är en förbättring?



Figur 1. Vid varje mätillfälle observerades 5 olika avdelningars mellanmål. Antal mellanmål av 5 stycken som innehåller 150-200 kcal, totalt 100 stycken observationer.



Figur 2. Resultat av journal-granskning varannan vecka.



Figur 3. Antal patienter med viktning jämfört mot föregående mätning på två avdelningar per månad.

### Referens:

Nelson, E. C., Batalden, P. B. & Godfrey, M. M. 2011. *Quality by design: a clinical microsystems approach*. San Fransisco: Jossey-Bass.

# Årsbok 2018

## Rubriker

### Titel på förbättringsarbete

***Förbättrad vård genom ökad tillgänglighet till käkkirurgiska operationer***

### Bakgrund

Väntetiden var 2,5 år som längst för patienter som behövde ta bort visdomständer och för tandimplantat 6 mån vid Käkkirurgiska kliniken på Länssjukhuset Ryhov. Den långa väntetiden innebar risk för att befintligt röntgenunderlag blev inaktuellt och behövde kompletteras, ökade stråldoser, ökad tandvårdskostnader och man utsatte även patienterna för ökad risk för infektioner, värk och smärta. För verksamheten innebar kön merarbete och risk för ökade kostnader. Vid arbetets start fanns det 962 patienter väntande i kön.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Innan starten av arbetet så intervjuades 6 patienter i kön per telefon om hur de upplevde väntetiden samt om de haft besvär under väntetiden. Samma mätning kommer följas över tid var 3:e månad tills kön är borta.

### Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet är att minska lidandet för patienterna genom att förkorta väntetiden till käkkirurgiska operationer. Det specifika syftet med förbättringsarbetet är att med hjälp av kapacitets- och produktionsstyrning effektivisera och minska ledtiderna i de processer som ingår i visdomstands- och tandimplantatskirurgi. Öka klinikens kapacitet 50 % till april 2018 och på längre sikt som delmål minska väntetiden <3 mån. Kön(ryggsäcken) skall arbetas bort inom 1 år. Det slutliga målet med förbättringsarbetet är att kunna erbjuda vård när behovet uppstår med för patienterna acceptabel väntetid.

### Förändringsidéer

För att öka kapaciteten och matcha behovet så provades 3 idéer:

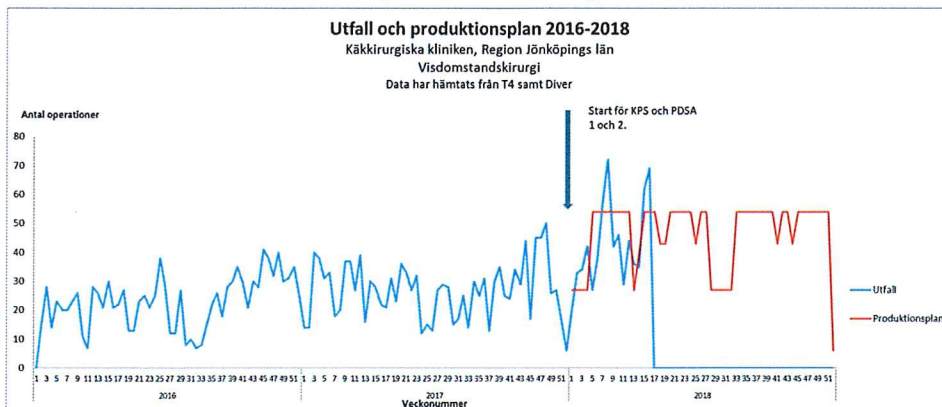
**PDSA 1:** Införandet av kapacitets- och produktionsstyrning(KPS) enligt modellen utformad av Qulturum, Region Jönköpings län. De områden som valdes att styras var visdomstandskirurgi och tandimplantatkirurgi.

**PDSA 2:** För att öka kapaciteten så skickades kallelse till patienter i närområdet till två separata tider för röntgen och undersökning +operation. Tidigare sambokades dessa tider, vilket minskade flexibiliteten i tidboken. På så sätt finns det färdigröntgade patienter som kan kallas in snabbt och fylla tidboken vid sena återbud, sjukdom etc. Det finns även möjlighet för operatörerna att operera 100 % även då kanske stödprocessen röntgen har 50 % kapacitet. Mer avsatt tid i receptionen för att kalla mer effektivt i tidboken.

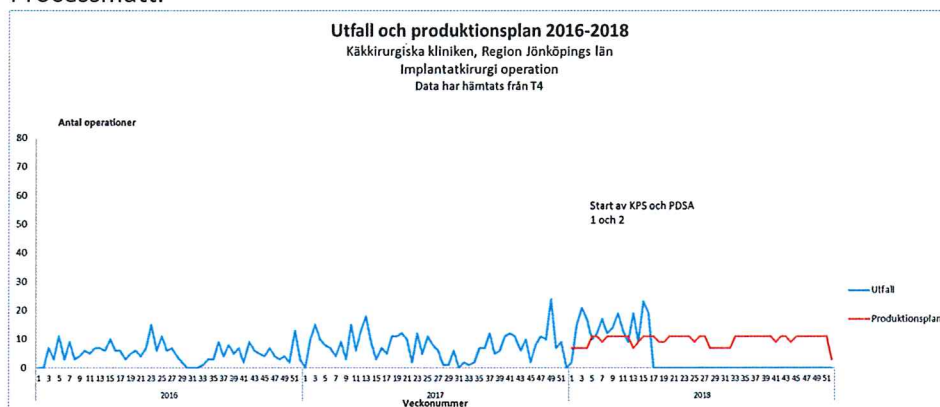
**PDSA 3:** Vid behov förskjuta fikarasten ca 10 min för vissa operatörer och fylla upp tiden med en operation och inte något annat som tog kortare tid.



## Hur vet du att denna förändring är en förbättring?



Figur 1. Antalet utförda operationer vad gäller dentoalveolär kirurgi under 2016-2018 samt produktionsplanen för 2018 och från 2018 jft med produktionsplanen Processmått.



Figur 2. Antalet utförda tandimplantatoperationer under 2016-2018 och från 2018 jämfört med produktionsplanen

### Resultat

Efter starten av mätningarna och förbättringsansatserna i Jan 2018 så har kapaciteten ökat till i medeltal 40 operationer/v. En ökning på 54 %. Efter vecka 13 förra året hade vi opererat 364 polikliniska ingrepp nu ligger vi på 520 vid samma tidpunkt.

För tandimplantatsoperationer har kliniken ökat kapaciteten 75 % i antalet operationer/v: år 2017 gjordes i medeltal 8 operationer per vecka; med KPS ligger vi på 14 op./v. Vecka 1 – 13 utfördes 118 tandimplantatsoperationer år 2017; samma tid 2018 utfördes 180 operationer. Då antalet remisser in för visdomstandskirurgi förvånande har ökat mer än beräknat de första månaderna jämfört med 2017 så har kön inte minskat trots 54 % ökad kapacitet.

### Nästa steg

P.g.a. av det ökade inflödet på remisser så planeras för extra insatser på övertid. För att minska behovet av vård skall remisskriterier utformas som måste vara uppfyllda innan en remiss skickas från allmäntandvården. Då KPS tillsammans med förbättringskunskapen varit ett effektivt sätt att öka kapaciteten så kommer vi fortsatt att snurra befintliga och nya PDSA hjul tills målet är uppnått.

### Faktaruta

Namn: Carl Sterwin övertandläkare/specialist i käkkirurgi

Email: [carl.sterwin@rjl.se](mailto:carl.sterwin@rjl.se)

Arbetsgivare: Folk tandvården Region Jönköpings län

Enhet: Käkkirurgiska kliniken vid länssjukhuset Ryhov

## Vårdprevention – från teori till praktik

### Bakgrund

Idag tenderar andelen äldre att öka och allt fler lever längre. Det medför att kunskap om vårdpreventivt arbete är en förutsättning för att begränsa ohälsa hos den äldre befolkningen. Idag är det upp till varje lärosäte att avgöra hur utbildning inom det nationella kvalitetsregistret Senior alert ska ingå i sjuksköterskeutbildningen. Det innebär att det finns risk att sjuksköterskestudenterna är oförberedda och saknar färdigheter i att utföra riskbedömningar och sätta in åtgärder vid behov under den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU). För att möta behovet och göra dagens sjuksköterskestudenter till morgondagens kunniga medarbetare har läraaktiviteter runt vårdprevention införts på Medicin- och geriatrikliniken, Höglandssjukhuset Eksjö.

### Patient/brukar/kundinvolvering

Ambitionen med seniormedverkan i förbättringsprojektet fanns från start. Kontakter togs därför med Senior alert samt med Esther-nätverket. Det ledde dock inte till någon seniormedverkan i projektet. I stället användes inspel från Senior alerts webbplats under de olika läraaktiviteterna där äldre medverkade.

### Syfte och mål

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet var att skapa goda förutsättningar för lärande runt den vårdpreventiva processen för sjuksköterskestudenter i termin tre under den verksamhetsförlagda utbildningen. Målet var att minst 80 % av sjuksköterskestudenterna skulle genomföra riskbedömning och sätta in åtgärd vid behov under den verksamhetsförlagda utbildningen under vecka 50–03, 2017/18.

### Förändringsidé

Tre idéer testades enligt PDSA-hjul. Den första som testades var lärande- och reflektionsseminarium där sjuksköterskestudenter fick bekanta sig med det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Den andra var Vårdprevention i praktiken, en simuleringsövning där sjuksköterskestudenterna fick träna på olika moment samt reflektera över dessa. Den tredje var skuggning. Skuggningen innebar att iakttä erfaren medarbetare som genomförde riskbedömning och satte in åtgärd vid behov på vårdsökande person som löpte risk inom områdena ohälsa i munnen, ofrivillig viktnedgång, trycksår, fall och blåsdysfunktion.

### Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att testa om förändringen blev en förbättring gjordes mätningar kopplade till olika aktiviteter samt mätning över tid. I mätningen av läraaktiviteten Vårdprevention i praktiken fick sjuksköterskestudenterna skatta sitt lärande före och efter. Bilaga 1. Den andra mätning gjordes i syfte att mäta hur många av de 14 sjuksköterskestudenterna som genomförde riskbedömning och satte in åtgärder vid behov. Bilaga 1.

### Resultat

Genom att använda Kirkpatricks modell för lärande sågs en utveckling i form av ändrade attityder, ökad kunskap och bättre färdigheter. Målet att 80% av sjuksköterskestudenterna skulle genomföra riskbedömningar och sätta in åtgärder vid behov uppnåddes nästan, resultatet blev 71%. Anledningen till att målet inte nåddes har troligtvis olika anledningar, vilka bör analyseras och värderas i ytterligare PDSA-hjul.

### Nästa steg

Nästa steg är fortsatta diskussioner om införande av läraaktiviteter med organisationen för den verksamhetsförlagda utbildningen i Region Jönköpings län samt med det aktuella lärosätet.

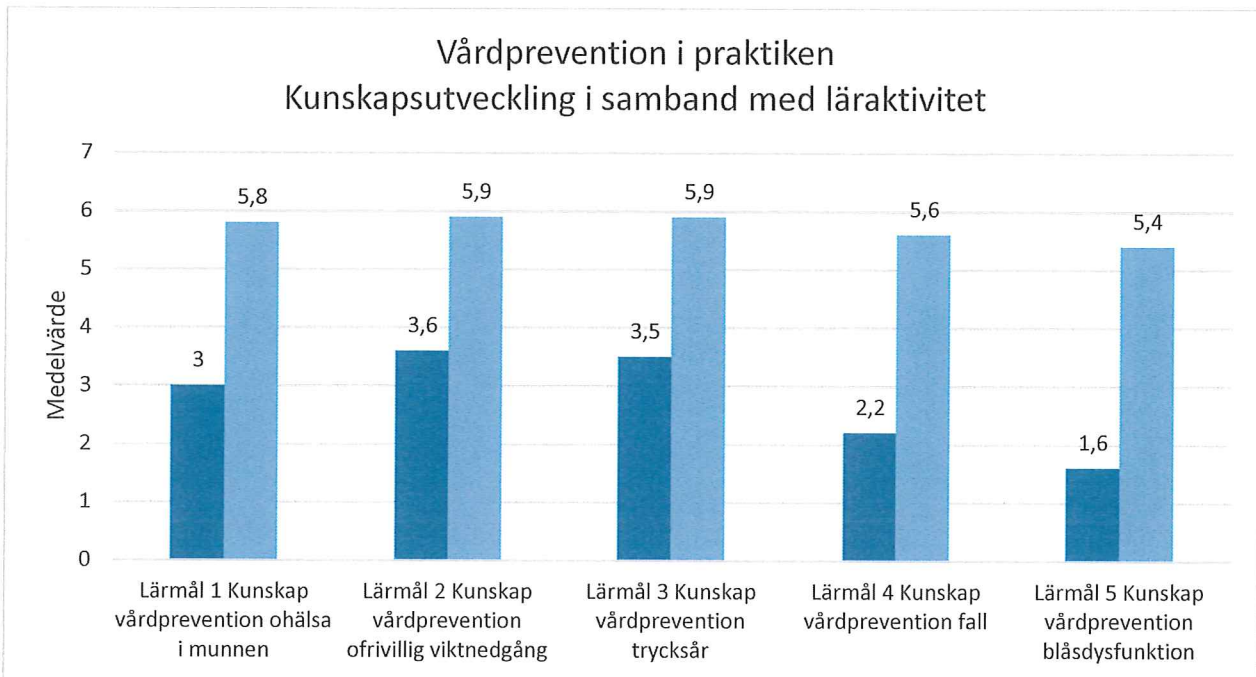
### Faktaruta

Namn: *Lise-Lotte Lagerqvist*

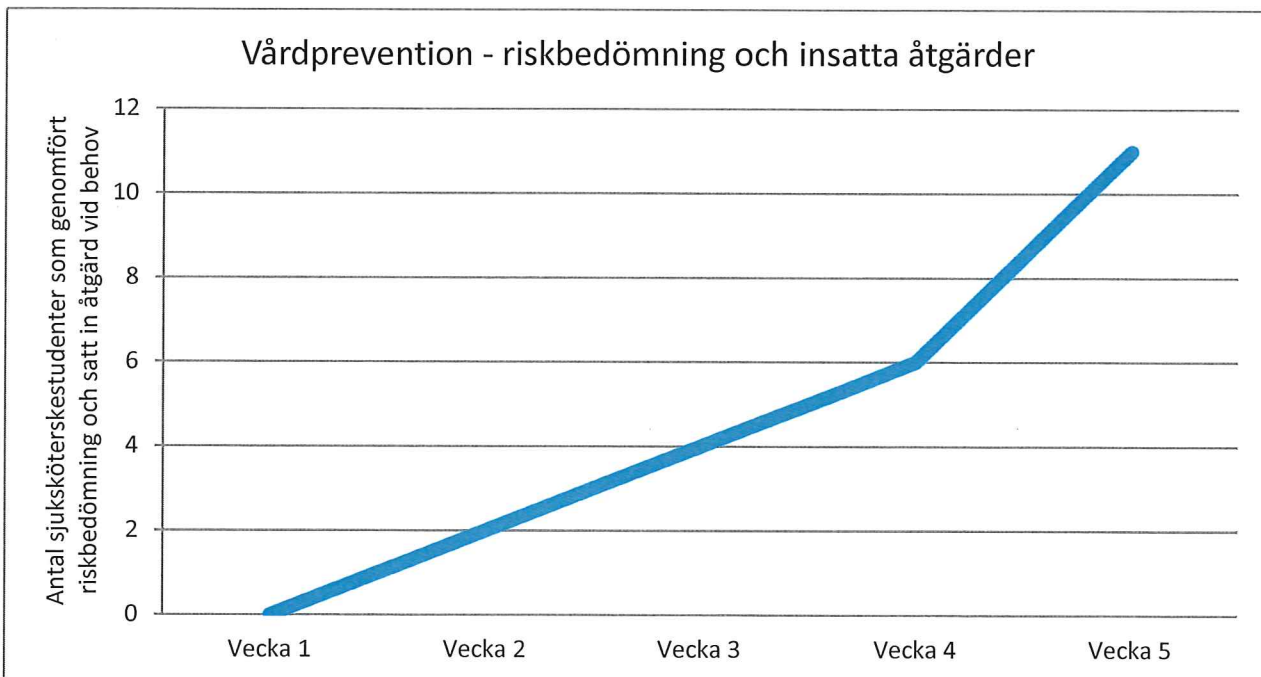
Email: [lise-lotte.lagerqvist@rjl.se](mailto:lise-lotte.lagerqvist@rjl.se) Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Medicin- och geriatrikliniken Höglandssjukhuset

Bilaga 1



Figur 1 Vårdprevention i praktiken. Skattning av lärande före och efter läraaktivitet. Skattning 1–10 (1=lägst)



Figur 2 Sjuksköterskestudenter som genomfört riskbedömning och satt in åtgärd vid behov (11 av 14)

# Förbättra och öka tillgängligheten till psykiatrisk öppenvård

## Bakgrund

Det finns effektivitetsbrister i hälso- och sjukvården när resurser inte används optimalt. Den höga andelen sena återbud och uteblivna besök är ett problem vid psykiatriska kliniker. När en patient uteblir eller lämnar sent återbud till besöket kan det påverka flera faktorer för patienten och verksamheten. För patienten kan det leda till försämrad återhämtning av den psykiska hälsan och återinsjuknande vilket kan förlänga vårdtiden. För verksamheten innebär det att tillgängliga besökstider inte används optimalt och det kan påverka att tillgängligheten för andra patienter försämras.

## Patient-/brukar-/kundinvolvering

Vid förbättringsarbetets uppstart intervjuades brukare om alternativa mötesformer. Brukare var med och tog fram informationsbroschyr som riktade sig till patienter som erbjuds digitala vårdmöten. Patienter som genomfört digitalt vårdmöte har via enkät fått svara på sin upplevelse av mötet.

## Syfte och Mål

Syfte och övergripande mål med förbättringsarbetet var att förbättra effektiviteten och öka tillgängligheten till psykiatrisk öppenvård, att minska sena återbud och uteblivna besök. Det specifika målet med förbättringsarbetet var att pröva och utvärdera minst 20 digitala vårdmöten inom psykiatrisk öppenvård mellan november 2017 och mars 2018.

## Förändringsidé

Idén som testades var att erbjuda och genomföra digitala vårdmöten vid återbesök som komplement till fysiska besök.



## Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Mätningar har följts över tid gällande sena återbud och uteblivna besök på klinikkvå och i förbättringsarbetet (figur 1, 2a och 2b). Antal erbjudna och bokade digitala möten redovisas i figur 3 och 4.

## Resultat

Det specifika målet med förbättringsarbetet uppfylldes då 20 digitala vårdmöten genomfördes. De digitala vårdmötena var få, sett till totalt antal besök och påverkade procentuellt inte sena återbud och uteblivna besök. Flera förbättringsinitiativ över tid visar på positiva resultat gällande sena återbud och uteblivna besök. Patienter som genomfört digitala vårdmöten gör det gärna igen. 58 % av de som erbjuds tackar ja till digitala vårdmöten. Behandlares och läkares inställning till patientens resurser och den digitala tekniken är central vid erbjudande om digitala vårdmöten.

## Nästa steg

Resultatet är ett underlag som presenteras för verksamhetschef, psykiatriska kliniken och ledning för verksamhetsområde psykiatri, rehabilitering och diagnostik för att ta ställning till fortsatt spridning. Resultatet används i Region Jönköpings läns satsning: Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård i projektet "Digitala lösningar och automatisering av första linjens vård".

## Faktaruta

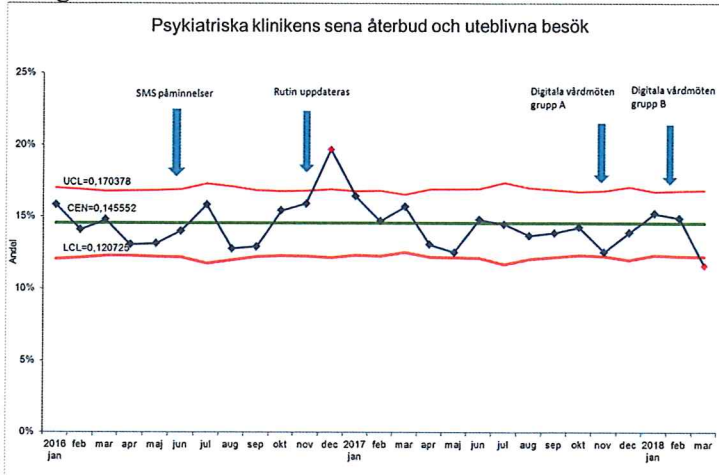
Namn: Marita Holm Löv

Email: marita.holm.lov@rjl.se

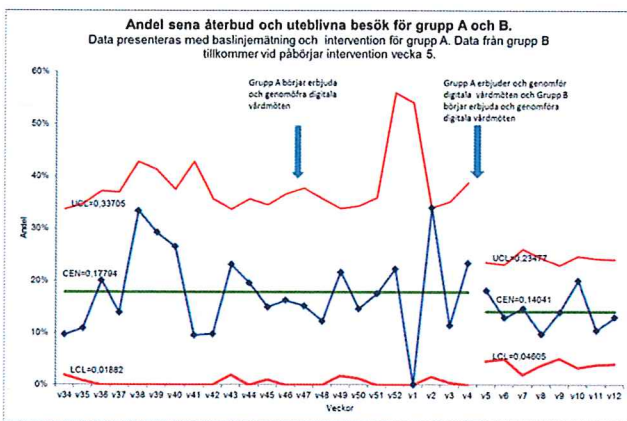
Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Psykiatriska kliniken, Värnamo sjukhus

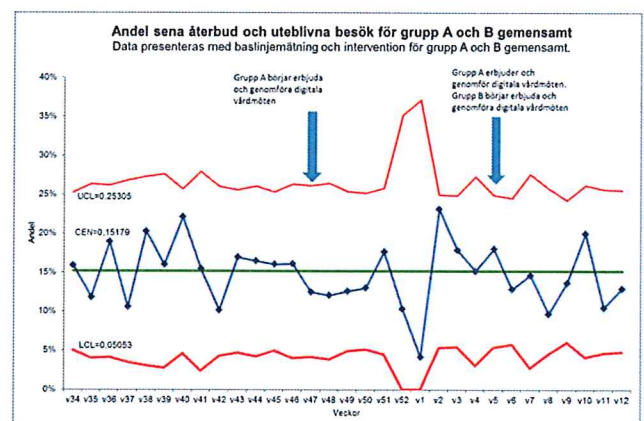
## Bilaga 1.



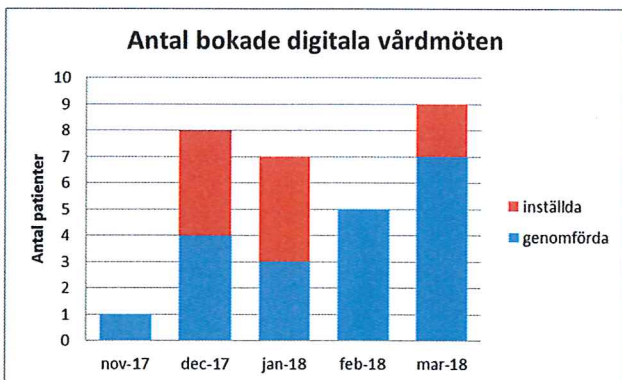
Figur 1. Andelen sena återbud och uteblivna besök för psykiatriska klinikkens patienter där genomförda interventioner är markerade för att minska sena återbud och uteblivna besök. Totalt 2016 utfördes 19800 besök och 2017 utfördes 21000 besök på psykiatriska kliniken.



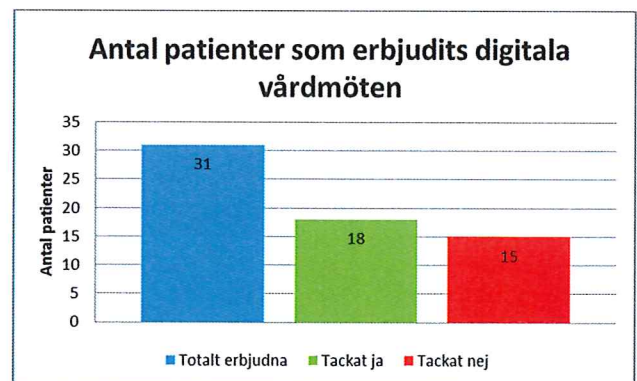
Figur 2a. Förbättringsarbetets mätning där **grupp As data utgör baslinjemätning och intervention** och grupp Bs (test i större skala) data tillkommer vid intervention, vecka 5.



Figur 2b. Förbättringsarbetets mätning där **grupp A och Bs data presenteras gemensamt** som baslinje och intervention.



Figur 3. Bokade digitala vårdmöten per månad. Inställda möten beror på svårigheter med tekniken, att patienten har lämnat återbud eller glömt (uteblivit från) sitt digitala vårdmöte.



Figur 4. Antal patienter som erbjudits digitala vårdmöten (november till mars).

## Identifiera och minska kvalitetsgap på en operations- och intensivvårdsklinik genom att förstärka förutsättningarna för en lärande organisation.

### Bakgrund

På Operations- och intensivvårdskliniken, Länssjukhuset Ryhov opereras varje vecka 220 patienter och varje år vårdas ca 500 intensivvårdspatienter. Förbättringspotential finns vad gäller strukturen för hur lärdomar inhämtas om hur de olika processerna fungerar ur ett patientperspektiv, samt hur processerna ska utformas optimalt för att följa patientens väg och ständigt förbättras. Visionen är att främja en lärande organisation som kontinuerligt arbetar med kvalitetsförbättringar på ett strukturerat och personcentrerat sätt.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

För att öka patientens delaktighet i utformningen och utvärderingen av verksamheten ordnades ett möte med deltagare från en patientförening för att säkra det som innebär värde för patienten.

### Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att identifiera och minska kvalitetsgap i verksamheten, som påverkar patientens vårdkvalitet, genom att utveckla klinikkens processledning och det organisatoriska lärandet.

Målet med förbättringsarbetet var att till mars 2018 utveckla klinikkens processledning genom att öka lärandet kring två pilotprocesser samt på mikronivå mätbart förbättra en av klinikkens kärnprocesser. Målet på mikronivå var att säkra normoterm ( $36^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ ) patient före, under och efter operation (perioperativt).

### Förändringsidé

Två pilotprocesser, planerade operationer av inneliggande patienter (OP) och inköp av medicinteknisk utrustning (MTU), bearbetades i projektgrupper utifrån ett antal fastställda faktakomponenter för att inhämta nödvändig kunskap. Denna kunskap ska sedan ligga till grund för analys, utvärdering, identifiering av kvalitetsgap och kontinuerlig kvalitetsförbättring. På mikronivå ska en självvärmande filt testas under hela den perioperativa tiden istället för att som tidigare använda varmluftstäckor endast under operationen.

### Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Mätningar har gjorts av processledningens mognadsgrad på kliniken (Figur 1 & Tabell 1), av inhämtad kunskap kring pilotprocesserna (Figur 2) samt på mikronivå av postoperativ temperatur (Figur 3). Se Bilaga 1.

### Resultat

Klinikkens mognadsgrad av processledning har ökat, men arbete kvarstår (Figur 1). Det organisatoriska lärandet har ökat för de båda pilotprocesserna och möjligheterna till att planera, leda, utvärdera och förbättra processerna bedöms ha ökat (Figur 2). För båda processerna har 16 förbättringsarbeten identifierats och lagts upp en plan för. Viktiga mått, som speglar processresultatet, är identifierade. Det finns även en plan för att regelbundet inhämta patientens synpunkt på vården.

Förbättringsarbetet på mikronivå visar, vid utvärdering i mars 2018, att medeltemperaturen postoperativt är den samma för varmluftstäckan som vid test av självvärmande filt (Figur 3). Skillnad ses att styrgränserna, dvs variationen av uppmätt temperatur, är snävare efter intervention samt att patienten värms aktivt även före och efter operation. Andelen mätningar utanför normalgränserna har minskat från 8,6% till 2,7%. Det kommer behövas fler mätningar för att kunna göra en slutlig analys av testen och därefter agera på resultat.

### Nästa steg

Nästa steg blir att utifrån de lärdomar som inhämtats under förbättringsarbetet lägga upp en plan för hur samma insatser och lärdomar ska kunna appliceras och inhämtas för klinikkens samtliga processer.

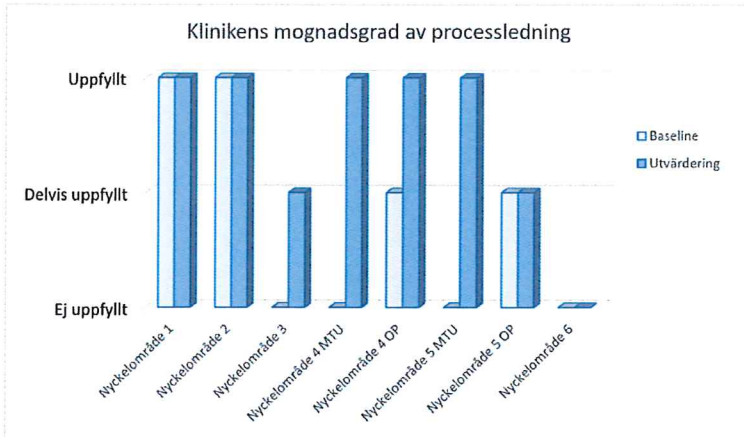
**Faktaruta**

Namn: *Frida Aronsson & Sofia Johansson*

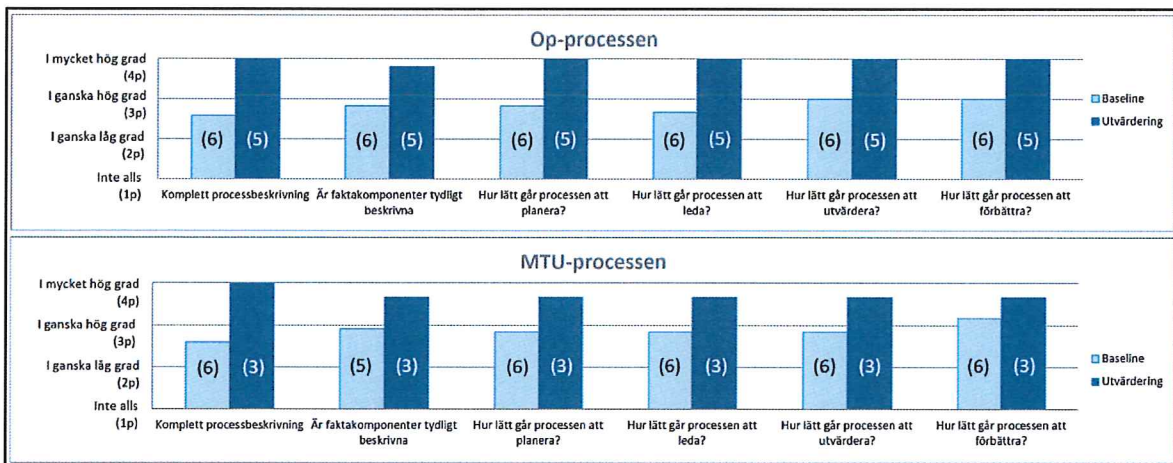
Email: [fridaaronsson@rjl.se](mailto:fridaaronsson@rjl.se), [sofia.johansson@rjl.se](mailto:sofia.johansson@rjl.se)

Arbetsgivare: Operation- och intensivvårdskliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

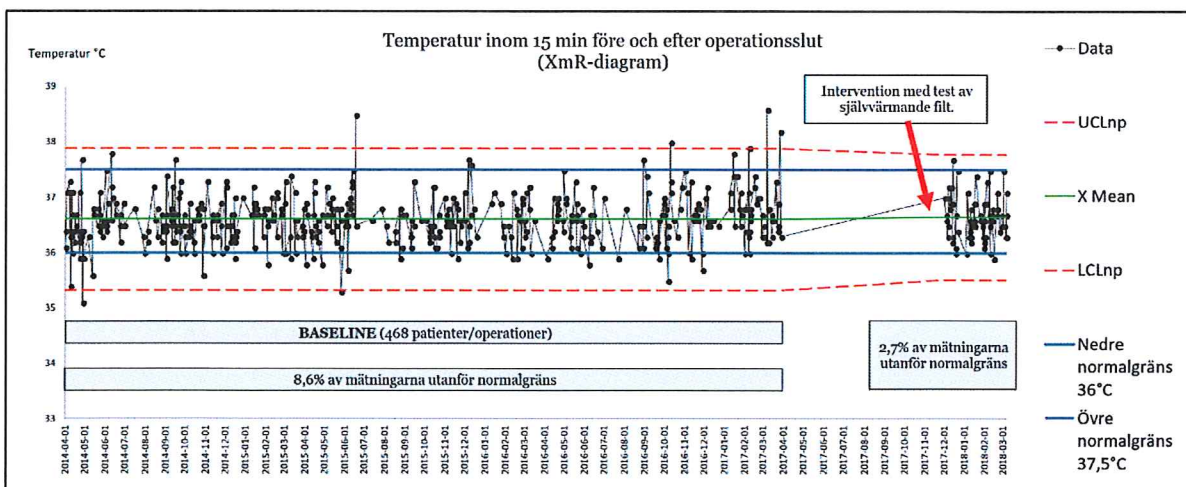
Enhet: Operation och IVA



Figur 1. Bedömning av klinikens mognadsgrad vad gäller processledning utifrån Rentzhogs (1998) sex identifierade nyckelområden.



Figur 2. Styrgruppens och projektgruppernas bedömning av processbeskrivningarna före och efter projektet. Staplarna visar medelvärde (total poäng/antal enkätvar). Siffror inom parentes är antal enkätvar.



Figur 3. XmR-diagram över postoperativ temperatur på patienter som genomgått primär höftledsoperation. Diagrammet visar baseline (varmluftställe) samt efter intervention med test av självvärmande engångställe.

# Masterstudenternas Årsbok 2018

## Kvalitetsförbättring och Ledarskap inom Hälsa och Välfärd

Masterprogrammet i kvalitetsförbättring och ledarskap syftar till att utveckla deltagarnas förmåga att leda och förbättra vård och omsorg. Utbildningen ska leda till bättre hälsa och välfärd samt en god och hållbar resurshushållning. För att lyckas krävs en kombination av teori och praktik och framför allt - medarbetare som vågar låta den båt de sitter i komma i gungning. Det förutsätter att det finns ledning och medarbetare som förstår värdet av det förbättringsarbete som görs och inte låter förbättringsivraren som leder arbetet att trilla över bord.

Den här boken är fylld med exempel på hur det kan gå till att bedriva ett förbättringsarbete i praktiken. Samtidigt som deltagarna har utvecklat bättre vård, omsorg och socialt arbete har de lagt grunden för sitt fortsatta arbete. Det handlar om ständiga förbättringar, alltså en resa som just har börjat. Vi ser fram emot att få se er med era nya färdigheter sätta avtryck både nationellt och internationellt. Det finns så många gap som behöver 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

**Kristina  
Areskoug Josefsson**

Avdelningschef



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

**JÖNKÖPING ACADEMY**  
For Improvement of Health and Welfare

