

# Årsbok 2021

Masterstudenternas årsbok 2021  
Kvalitetsförbättring och Ledarskap  
inom Hälsa och Välfärd



# Årsbok 2021

## Masterprogrammet i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd

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

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

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

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

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

Nicoline Vackerberg  
Kursansvarig

Ann-Christine Andersson  
Examinator

# Innehåll

Hilay Adolfsson	Tänk nytt, tänk digitalt och därmed utöka en digitalkanal till sjukvården
Karolina Andersson	Egenmonitorering
Faith Badu	Förbättrade grundförutsättningar för teamarbete
Anna Bernvik	Alingsåsmodellen – en reflektionsmodell för identifiering av patientsäkerhetsrisker och förbättringsområden.
Anette Duarte	Patient- och närståendesamverkan – tillsammans gör vi ett digitalt utbildningskoncept!
Marianne Engelsted Bergqvist	Kvalitetssäkrad vård för patienter som är i behov av skoinlägg
Lotta Forsberg	Kompetens för samskapande förbättringar
Emma Granlund Hjelm	Ett förbättringsarbete med syfte att öka patientens kunskap om tiden efter avslutad cancerbehandling
Malin Hedroy	Från mottagare till medskapare – Ökad brukardelaktighet på ett LSS boende via förbättrade genomförandeplaner
Malin Hedtjärn och Malin Johnsson	Kapacitet och produktionsstyrning (KPS) – vägen till bättre tillgänglighet
Petra Hellegren	”Fem smutsiga små fingrar”
Sofie Henecke	Att korta ner väntetider för spottkörtelkirurgi – en tvärprofessionell uppgift

Linda Karlsson och Ann-Helen Trofast	Framtidens sederingsmetod - när patienten själv får sedera, kan vi operera mera
Gökhan Kesen	Kan förändrade rutiner och arbetssätt öka produktiviteten på en datortomografiundersökning
Anna Larsson	Kan fysisk aktivitet på recept (FaR) påverka grad av fysisk aktivitet hos barn med obesitas?
Lena Lokrantz	Bättre sjukdomskontroll och hälsa för patienter med KOL och eventuell samsjuklighet genom strukturerad läkaruppföljning i primärvården
Marcus Lundmark	Kan strukturerade samtal med teknikstöd (DIALOG+) öka patienternas delaktighet i psykosvård?
Omar Muratbegovic	Förbättring av genomförandeplaner för barn med funktionshinder genom co-design med familjerna
Helena Nilsson	Utveckling av en smidigare vårdprocess för patienter som behöver opereras på grund av perianalabscess
Malin Perers	Öka patientsäkerheten på intensivvårdsavdelningen genom att förbättra läkemedelshanteringsprocessen
Camilla Salomonsson	Samordnad ledning och styrning på mesonivå under pandemi. Region- och kommungemensam krisledning för vård och omsorg
Helene Yxhammar	Nationell palliativ vårdplan, NVP - ökad livskvalitet i livets slutskede

## Tänk nytt, tänk digitalt och därmed utöka en digitalkanal till sjukvården.

### Bakgrund

Den svenska hälso- och sjukvården står inför stora framtida utmaningar som innefattar ökade vårdbehov. Sveriges befolkning ökar kraftigt och andelen äldre medborgare blir allt större. Parallellt med fler invånare ökar också efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster samtidigt är resurserna begränsade. För att ta sig an hälso- och sjukvårdens kommande utmaningar så behövs det en genomgripande reform som är utvecklad på digitalisering och Artificiell Intelligens för att effektivisera vårdprocesser samt möta vårdbehov hos medborgarna. Med hjälp av 1177 Vårdguidens e-tjänster kan rationaliseringen av vårdprocesser göras på ett patientsäkert sätt.

På Medicin-, Logoped- samt Hudmottagningen i Landskrona återspeglas patienters ökade vårdbehov samtidigt som resurserna är begränsade. Således fanns det ett gap mellan efterfrågan och utbud på hälsotjänster. Processkartläggning visade att det fanns förbättringsutrymme för verksamheterna att effektivisera vårdprocesser samt öka tillgängligheten för patienter genom att öppna upp en digital kanal till sjukvården via 1177 Vårdguidens e-tjänster.

### Patientinvolvering

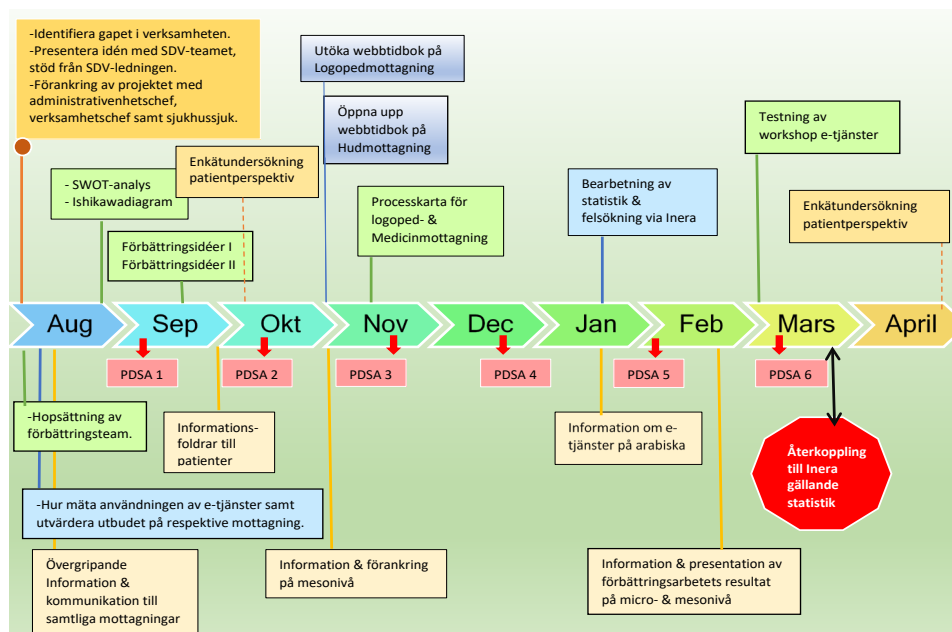
Patienter har involverats i förbättringsarbetet på flera olika sätt. Patientenkäter har delats ut kontinuerligt samt intervjuer med olika patientgrupper har genomförts, vilket har gett förbättringsteamet värdefulla synpunkter avseende vilka behov och önskemål som efterfrågas. Skriftlig patientinformation om 1177 Vårdguidens e-tjänster togs fram på lätt svenska samt på arabiska.

### Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet är att öka kännedomen samt användning av 1177 Vårdguidens e-tjänster hos vårdgivare och patienter. Det specifika målet var att öka antalet digitala vårdärenden på Medicin och Logoped- och Hudmottagningen med 50 procent till 1 maj, 2021.

### Förändringsidé

Ett förbättringsteam bildades med deltagare från respektive microsystem. Utifrån SWOT-analys samt Ishikawa diagram kunde flertal förbättringsområden identifieras som sedan testades i PDSA-cykler. Gibb's reflektioncykel användes för att fånga upp idéer som kunde testas i PDSA. Förändringsidéerna som togs fram av förbättringsteamet delades in i två olika delar och implementerades i olika steg.



Figur 1. Tidslinje för förändringsarbetet delperioder och utvecklingsgångs.

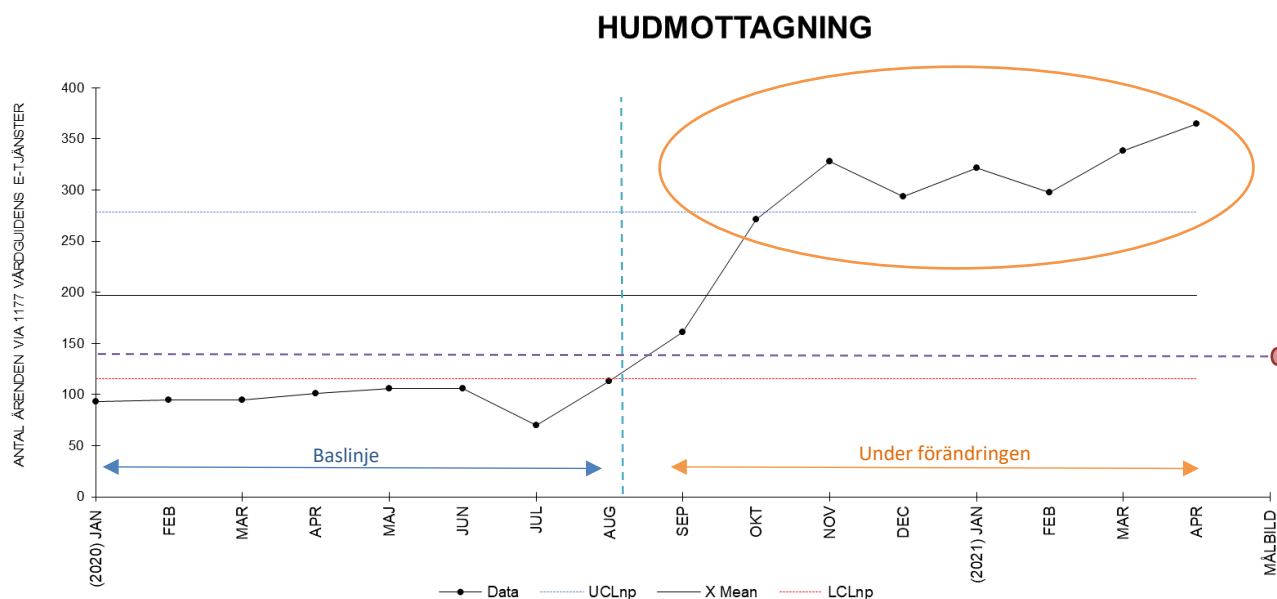
## Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

PDSA-cyklerna har utvärderats genom statistik från Inera samt kvalitativa mätningar genomfördes i form av muntlig och skriftlig kommunikation med personal. Enkätundersökning och information från patientintervjuer inhämtades för att förstå om 1177 Vårdguidens e-tjänster skapar värde för patienterna.

## Resultat

Användningen av 1177 Vårdguidens e-tjänster ökade från baslinemätningen till 1 maj 2021 enligt följande:

- Hudmottagningen 276%
- Medicinmottagningen 72 %
- Logopedmottagningen 174 %



Figur 2. Styrdiagram. XmR-diagram över det totala antalet ärenden via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Den ursprungliga målbilden för förbättringsarbetet var 50 procent ökning från baslinjemätningen. Baslinjen utgörs av perioden januari 2020 till augusti 2020.

## Nästa steg

Framöver är avsikten att fortsätta på samma spår med att öka användningen av e-tjänsterna, utveckla en digital arbetsmiljö samt förbättra utbudet av e-hälsotjänster på Landskrona lasarett.

Slutsatsen av denna studie utfaller att för att genomföras ett förbättringsarbete i en större organisation så behövs det dels ett engagerat team, dels förankring i alla nivåer som innefattar micro-, meso- samt även stödmekanismer från makrosystem. De främjande och hindrande faktorer som identifierades i studien av förbättringsarbetet kan komma till nytta vid framtida förändringsarbeten avseende e-hälsotjänster samt utveckla en digital arbetsmiljö i hälso- och sjukvårdens verksamheter.

## Faktaruta

Namn: Hilay Adolfsson

Email: [Hilay.adolfsson@gmail.com](mailto:Hilay.adolfsson@gmail.com), [Hilay.adolfsson@skane.se](mailto:Hilay.adolfsson@skane.se)

Arbetsgivare: Region Skåne, Skånes Universitetssjukhus

Enhet: Hjärtmottagningen, EKO-lab, Lund

## Egenmonitorering

*Pilottest av teknik och nya arbetssätt för att patienter ska kunna vistas hemma istället för på sjukhus.*

### Bakgrund:

Genom egenmonitorering på distans kan vårdgivare följa patienters hälsa och tidigt sätta in insatser vid tecken på försämring för att förebygga inläggning på sjukhus. År 2020 beslutade Södertälje sjukhus att utveckla nya arbetssätt för att, med teknikens hjälp, erbjuda patienter med hjärtsvikt få fortsatt vård i hemmet efter utskrivning från sjukhuset. Egenmonitorering förväntas minska behovet av inläggande sjukhusvård, minska fysiska vårdbesök, förbättra hälsoutfall och ge ökad trygghet för personer med hjärtsvikt och deras närstående.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Patientintervjuer genomfördes i en förstudie inför detta pilottest för att förstå behovet av specialistvård bland patienter med KOL och hjärtsvikt och deras närstående. Intervjuerna visade att patienter kände sig otrygga och önskade direkt tillgång till vården och inte endast vara hänvisade till 1177 eller 112.

### Syfte och Mål

Syftet med aktuellt förbättringsarbete var att testa ny teknik och nya arbetssätt för patienter med hjärtsvikt samt samla insikter och erfarenheter inför ett eventuellt breddinförande. Målet var att 10 patienter med hjärtsvikt före 2021-03-31 hade medverkat i pilottest av egenmonitorering och rapporterat god trygghet.

### Förändringsidé



Egenmonitorering är en teknisk och organisatorisk lösning; vårdpersonal kan få information om patientens fysiska hälsotillstånd i hemmet (eller på annan plats) utan att hen behöver uppsöka en mottagning för undersökning. Patienterna utrustas med en surfplatta, olika medicintekniskt klassade sensorer samt 4G-router för säker överföring av data. Varje dag svarar de på några hälsofrågor och tar sina egna mätvärden (vikt, puls, blodtryck, andningsfrekvens och temp) som automatiskt förs över till en kommunikationsplattform som även har funktioner för chatt och videosamtal. Personal på

både Medicinmottagningen och Mottagningen för multisjuka ansvarar för att kontrollera patienternas mätvärden och vid behov agera på negativa förändringar.

### Resultat

8 patienter blev inkluderade i pilottest av egenmonitorering före den 31 mars 2021. Patienterna som deltog upplevde ett förbättrat hälsotillstånd och en ökad trygghet genom att veta att deras värden kontinuerligt delades med vårdpersonal via en kommunikationsplattform. Ett exempel på en förbättring var när både patient och personal upptäckte förändringar i patientens vikt i ett tidigt skede. Detta ledde till att läkemedel kunde korrigeras i tid vilket förhindrade en försämring av hälsotillståndet som sannolikt lett till en inläggning på sjukhus.

### Nästa steg

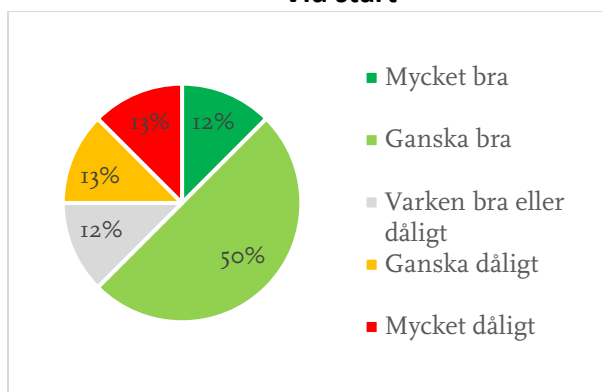
En insikt som framkommit efter analys och utvärdering av pilottestet var begränsningen av dokumentation och möjlighet till att dela information i befintlig vårdinformationsmiljö. Detta är en förutsättning för att kunna samverka patientsäkert internt mellan enheterna, men likväl med andra vårdgivare utanför den egna organisationen. Arbetet med att förbereda införandet av egenmonitorering på Södertälje sjukhus fortsätter därför i samverkan med övriga Region Stockholm.

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

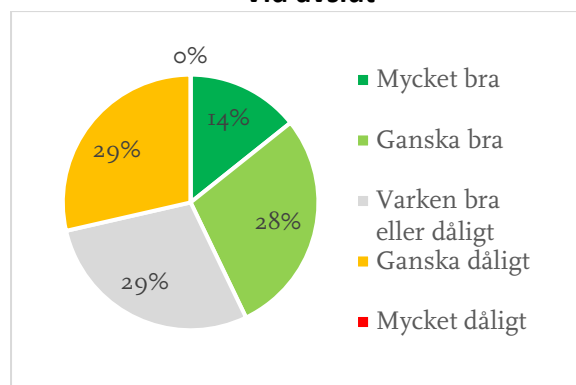
Patienterna fick svara på enkätfrågor via kommunikationsplattformen vid uppstart och avslut.

### Hur bedömer du ditt allmänna tillstånd?

Vid start

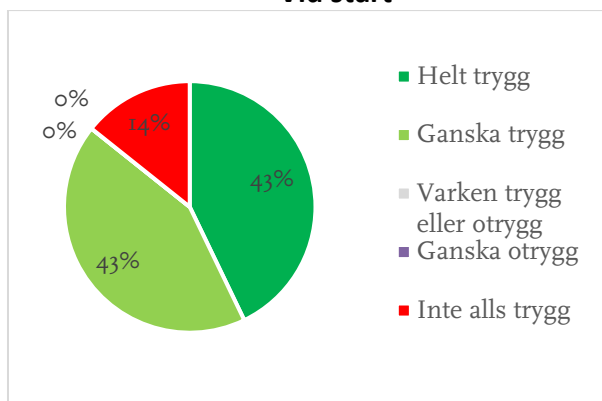


Vid avslut

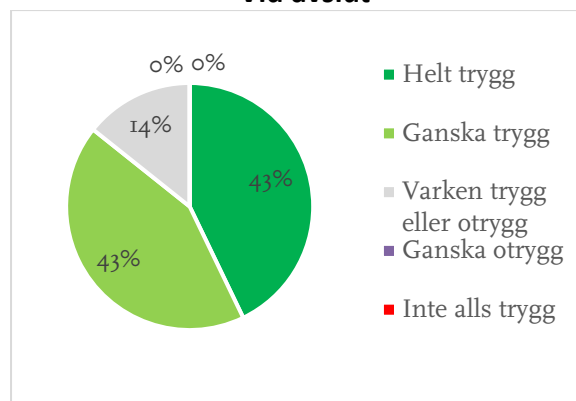


### Hur trygg känner du dig med att vårdas med egenmonitorering hemma?

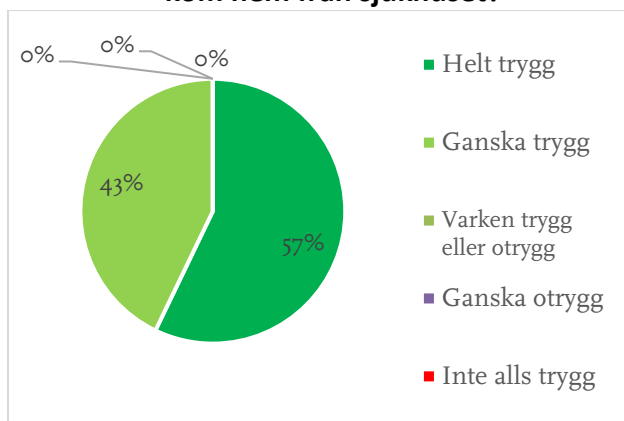
Vid start



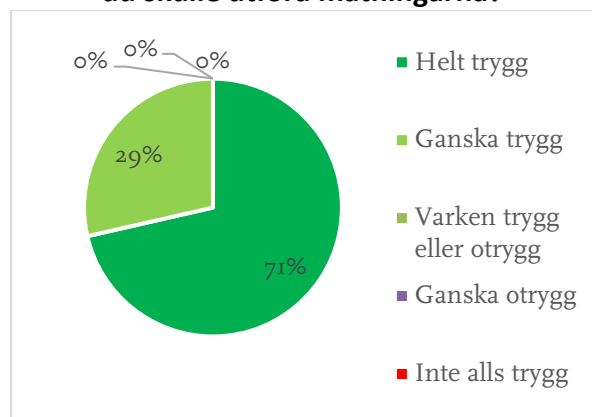
Vid avslut



### Hur trygg kände du dig med att utföra mätningarna på dig själv hemma när du först kom hem från sjukhuset?



### Hur trygg kände du dig med att utföra mätningarna på dig själv hemma sista dagen du skulle utföra mätningarna?



#### Faktaruta

Namn: *Karolina Andersson*

Email: [karolina.andersson@sl.se](mailto:karolina.andersson@sl.se)

Arbetsgivare: *Södertälje Sjukhus AB*

Enhet: *Vo Vård/FoUUI*



## Förbättrade grundförutsättningar för teamarbete

- ett förbättringsarbete för att effektivisera kommunikation i teamet kring barn och ungdomars vård och behandling

### Bakgrund

En slutenvårdavdelning inom Region Skåne saknade ett strukturerat arbetssätt för utbyte av viktiga information kring barn och ungdomars vård och behandlingar inom ett team av nattarbetare. Det blev starten på ett förbättringsarbete. Avdelningen är en högspecialiserad verksamhet som tillgodoser barn och ungdomar, 0 - 18 år, medicinska- och omvårdnadsbehov dygnet runt. Genom att införa ett kommunikationsverktyg, TEAMUP- modell (T-trust, E-explore, A-ambition, M-model, U-undertake, P-praise) åsyftade förbättringsarbetet att etablera en arbetsstruktur som i ett specialiserat system var av betydelse för effektiv kommunikation i teamet.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Inför förbättringsarbetet besvarade fyra barn > 15 år eller vårdnadshavare en enkät kring hur kommunikation fungerade i teamet samt mellan familjer och teamet. Det här blev en baslinjemätning ur patientperspektiv. I slutet av förbättringsarbetet besvarade ytterligare sex barn > 15år eller vårdnadshavare en enkät med de frågorna som ställdes i början av förbättringsarbetet samt ett antal tillägg frågor. Det var ett sätt att följa upp om en förändring i teamets arbetssätt lett till en förbättring för patienter.

### Syfte och Mål

**Övergripande syfte** var att förhindra vårdskador relaterad till bristfällig kommunikation i teamet med avseende på patienters vård och behandlingar samt förbättra arbetsmiljön.

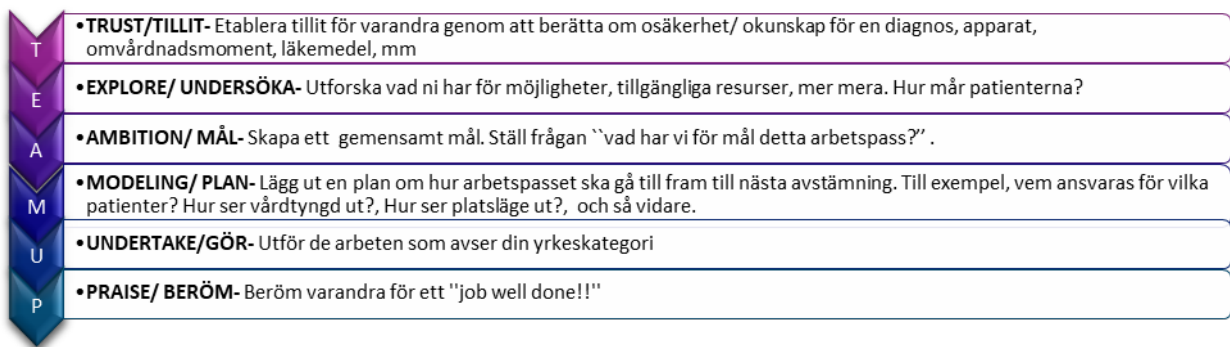
**SMARTA mål** blev då att senast den 31 december 2020 uppnå en 80% måluppfyllnad för två delmål i slutet av förbättringsarbetet;

- Att teamet samlas vid varje ny patientinläggning.
- Att använda TEAMUP-modellen som kommunikationsverktyg vid de tidsbestämda avstämningarna

### Förändringsidé

Flera förändringsidéer sammankopplades för att nå målet.

- Modifiera ett kontextspecifikt kommunikationsverktyg, TEAMUP-modell, *se figur 1*
- Införa avstämningar klockan 22, klockan 00 och klockan 04
- Att teamet samlas vid varje ny patientinläggning



1. Figur.1 Kontextspecifik TEAMUP-modell

### Resultat

De nya arbetsrutinerna har möjliggjort ett strukturerat kommunikationssätt för informationsutbyte i teamet kring barn och ungdomars vård och behandlingar samt skapat bättre stämning i personalgruppen. Resultat visar 100 procent nöjdhet bland barn >15 år eller vårdnadshavare med avseende på kommunikation i teamet kring patienters vård och behandlingar. Teamet har samlat vid de tidsbestämda avstämningarna och vid varje ny patientinläggning för att få relevanta information gällande patienters vård och behandling enligt resultatet. Personal har lärt sig fördelarna av effektiv kommunikation i teamet för att främja goda resultat för patienterna.

## Nästa

steg

Att förankra de nya arbetsrutinerna inom verksamheten för att skapa hållbara strukturer. Under förbättringsarbetets gång pratade enhetschef om ett önskemål att införa TEAMUP-modellen under dagkvällspass när arbetet hade införts under nattetid. Oklar om det här ska verkställas då oklarheter omkring vård i relation till covid-19 pandemi har krävt en hel del och ställt till för verksamheten.

## Faktaruta

Namn: *Faith Badu- Massaue*

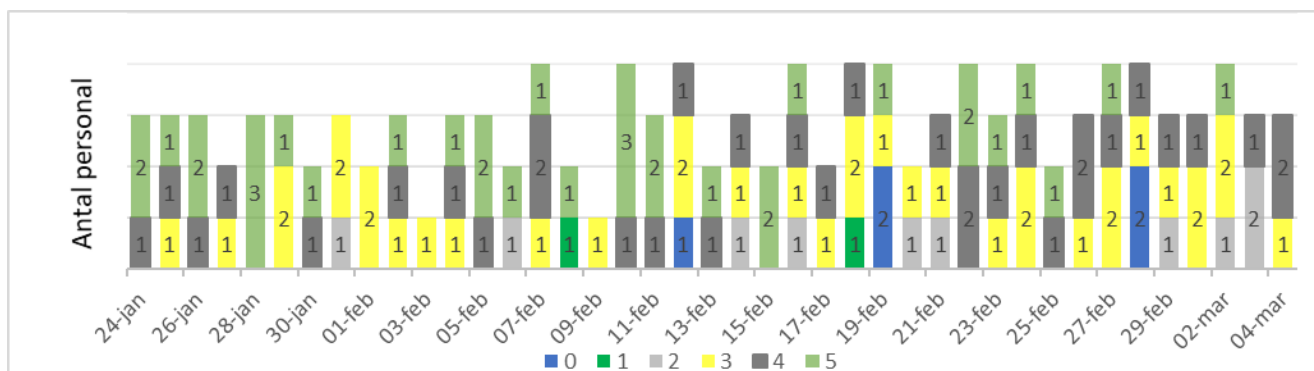
Email: *saicy2008@yahoo.com*

Arbetsgivare: *Region Skåne*

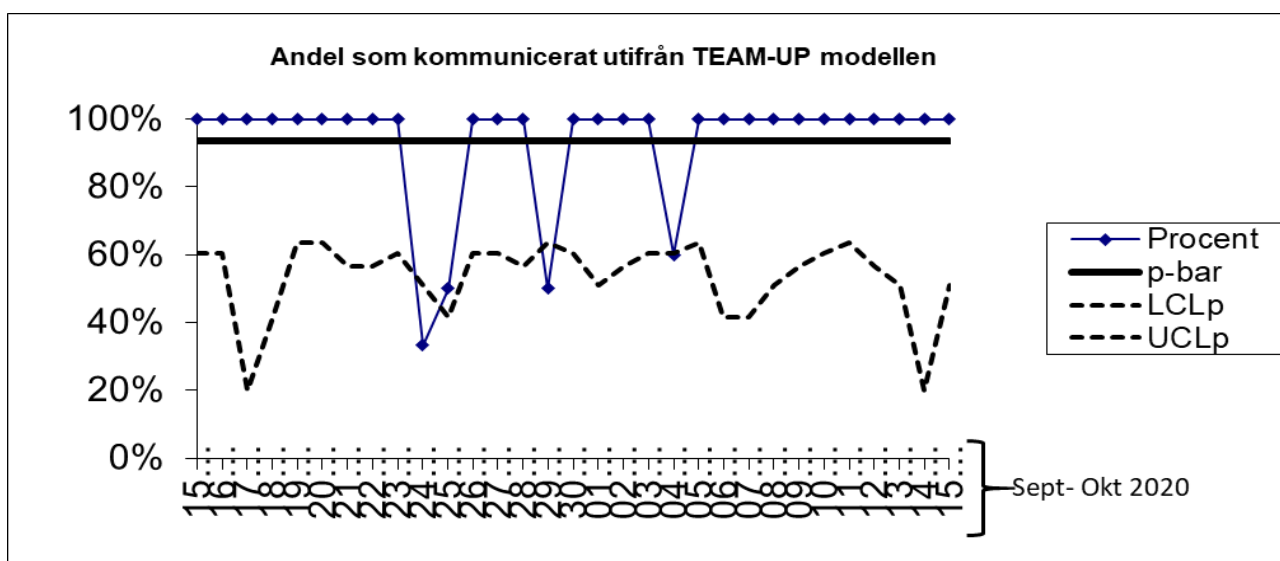
Enhet: *Barn och ungdomsmedicinavdelning 2*

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

Våren 2020 besvarade personal en enkät, skala 0 (inte alls bra) – 5 (utmärkt) om hur kommunikationen fungerade. Resultat visade att kommunikationen brast då personalen hade olika tolkningar rörande hur kommunikationen i teamet fungerat. Exempelvis den 28 februari 2020 hade två personer gett enligt skalan en nolla medan en annan gav en femma och en annan gav en trea gällande hur kommunikation fungerade under samma arbetspass, *se figur 2*. Det sågs som anmärkningsvärt då alla parter hade arbetat samma arbetspass. Med hjälp av den nya arbetsrutinen, TEAMUP-modell, har kommunikationen i teamet fungerat bra på 27 av 30 arbetspass, dvs 90%, och 100% på de sista elva arbetspassen enligt resultatet, *se figur 3*.



Figur 2. Skillnader i skattning av kommunikation bland samtlig nattpersonal per arbetspass



Figur 3. Styrdiagram kring andel som kommunicerat utifrån TEAMUP-modellen

# Alingsåsmodellen – en reflektionsmodell för identifiering av patientsäkerhetsrisker och förbättringsområden.

## Bakgrund

”Lärande kommer inte från erfarenhet utan från att reflektera över erfarenhet”/ John Dewey

Vårdgivaren är skyldig att ständigt arbeta för att utveckla och säkra kvaliteten i vården. Ett av de prioriterade fokusområdena som Socialstyrelsens handlingsplan för 2020–2024 innehåller, syftar till att stimulera kunskapsutveckling och lärande för att därigenom öka förutsättningarna för en säker vård. Forskning visar att reflektion hjälper medarbetaren att lära sig av sina erfarenheter. Reflektion vidgar perspektiv och utvecklar kunskap. Detta förbättringsarbete handlar om att ta fram en reflektionsmodell och införa reflektion som rutin på operationsavdelningen på Alingsås lasarett.

## Patientinvolvering

Reflektionsmodellen handlar om att ständigt utvärdera patientens vård, hur den har varit och hur den kan utvecklas. Patienten är mittpunkten och genom att involvera/ bjuda in patienterna i arbetet med de identifierade förbättringsområdena deltar de i det fortsatta patientsäkerhetsarbetet.

## Syfte och Mål

Syftet var att utveckla och säkra kvaliteten i vården som patienten får. Detta genom att personalen ska ha möjlighet att reflektera över dagens händelser och identifiera eventuella risker och förbättringsområden.

## Smarta mål

Teamet runt den opererade patienten ska reflektera över dagens händelser enligt framtagen modell. Detta ska ske i slutet av dagen på 80 % av alla operationssalar som är klara innan kl. 15.30. Målet ska vara uppnått 31/3 2021.

### Reflektion enligt **Alingsåsmodellen**

#### Förändringsidé

- Ta fram en passande reflektionsmodell, vilket ledde till att gruppen skapade en egen modell, Alingsåsmodellen.
- Implementera en rutin där reflektion sker i teamet med olika professioner som tillsammans ger vård till den opererade patienten.



Vad var **positivt** idag?



Vad kan du **lära dig** av dagen?



Har vi något som behöver **förbättras**?



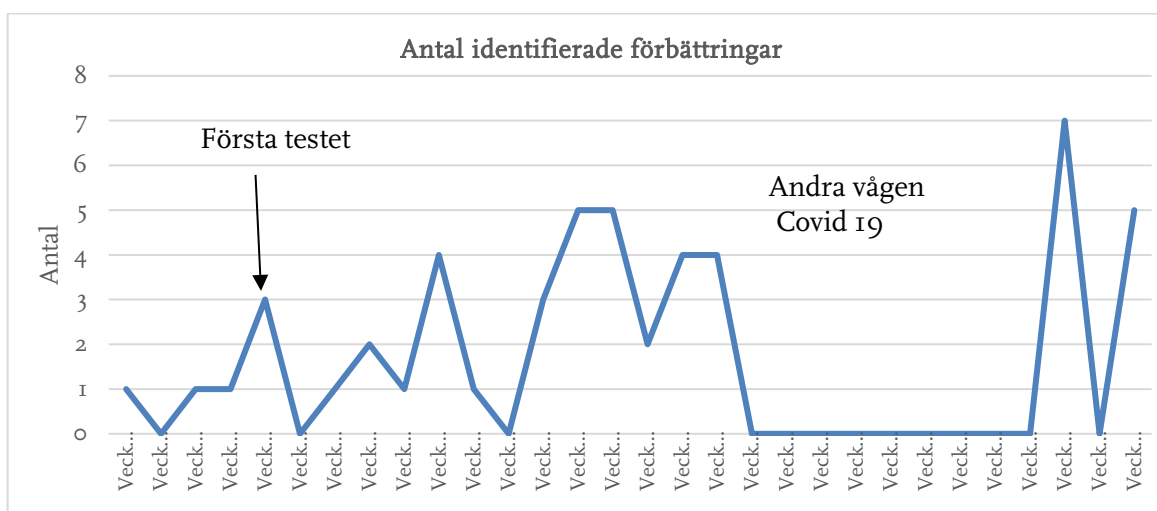
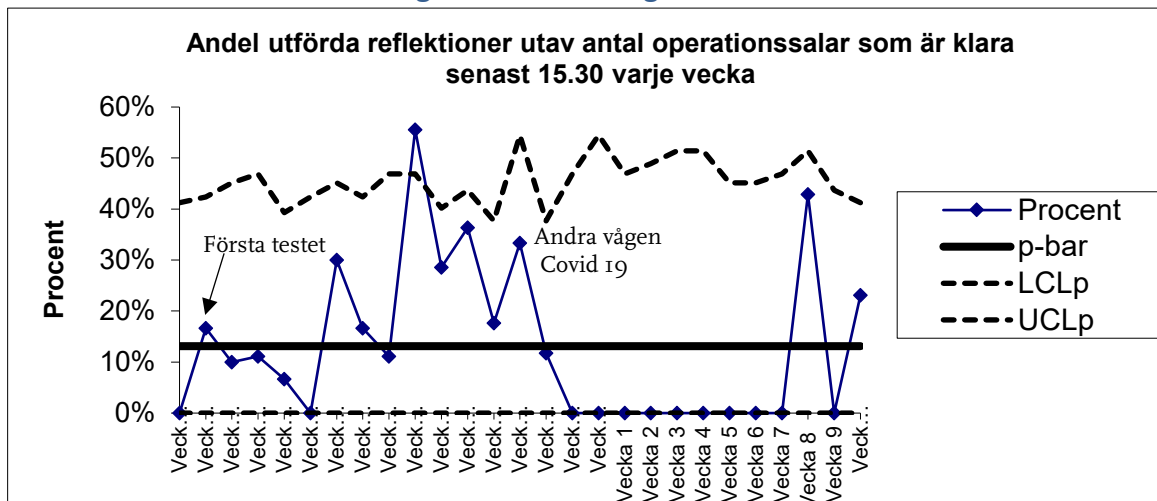
Kan vi identifiera någon risk för **patientskada**?  
Om JA, **vilken**?



Behöver vi skriva en **avvikelse**?  
Om JA, **vem**?

Tack för idag!

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



## Resultat

Förbättringsarbetet har lett till förbättrat resultat jämfört med innan, även om målet på 80 % inte är uppnått. Vad gäller identifierade förbättringsområden och identifierade risker för vårdskada ses en ökning de veckor reflektioner utfördes. Intervjuad personal tycker att reflektionerna är ett bra forum där de olika professionerna i teamet kan lära av varandra för att utveckla vården. För att förbättringsarbetet ska ha full effekt måste fler reflektioner utföras.

## Nästa steg

Operationsavdelningen har drabbats hårt av pandemin vilket har påverkat införandet av rutinen negativt. Förhoppningsvis blir det lättare att genomföra fler reflektioner när de får tillbaka personalen och ordinarie operationsprogram. Nästa steg blir att stötta chefer och sektionsledare i arbetet med att se över hur de som leder arbetet kan driva införandet framåt och ge förutsättningar för att fler reflektioner ska kunna utföras. Patienter bör involveras i fortsatt arbete med att arbeta vidare med identifierade förbättringar.

## Faktaruta

Namn: Anna Bernvik

Email: [anna.bernvik@vgregion.se](mailto:anna.bernvik@vgregion.se)

Arbetsgivare: Sjukhusen i väster, Västra Götalandsregionen

Enhet: Utvecklingsstaben

# Patient- och närståendesamverkan – tillsammans gör vi ett digitalt utbildningskoncept!

## Bakgrund

För att uppnå kvalitetsförbättring behöver patienter och närstående göras delaktiga i såväl förbättringsprocesser som i vårdens utformning. Enheten där förbättringsarbetet genomfördes är en forsknings- och utvecklingsenhet för palliativ vård. Trots kunskap om positiva effekter som patient- och närståendesamverkan (PNS) medför, fanns ingen etablerad rutin för praktisk tillämpning. En enkät visade att under de senaste fem åren hade 32 % av projekten involverat patienter och närstående, varav 62 % uppskattades ha ingen eller låg grad av delaktighet, motsvarande grad 1–2 enligt Arnsteins delaktighetstrappa<sup>1</sup> (Figur 1).

## Patient-/brukar-/kundinvolvering

Eftersom PNS var centralt i förbättringsarbetet var representation av patient och närstående avgörande. Frågan om deltagande gick ut via patient- och närståendeorganisationer samt via etablerade kontaktytor. Fyra patient- och närståenderepresentanter tackade ja till att tillsammans med vårdprofessionen bilda ett förbättringsteam och i ett avgränsat förbättringsarbete arbeta mot ett gemensamt mål.

## Syfte och Mål

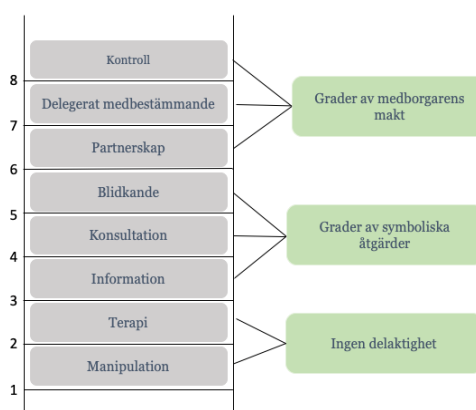
Syftet var att förbättra PNS inom enheten genom att tillvarata patienters och närståendes erfarenhetsbaserade kunskap. *Delmål 1:* Tillämpa PNS i ett forsknings- och utvecklingsprojekt senast 31/3 2021 genom att i samverkan med patienter och närståenderepresentanter, ta fram ett underlag för en digital webbutbildning för presumtiva användare av den nationella vårdplanen för palliativ vård (NVP). *Delmål 2:* Uppnå hög delaktighet motsvarande steg 6–8 enligt Arnsteins delaktighetstrappa<sup>1</sup>. *Delmål 3:* Införa ett nytt arbetssätt för PNS inom enheten senast 31/3 2022.

## Förändringsidé

Förändringsidén var att använda ett coachande förhållningssätt och coachingstrategier under förbättringsarbetet. Ett förbättringsteam bestående av fyra patient- och närståenderepresentanter, en läkare, en sjuksköterska och en medarbetare från enheten, fick uppdraget att i samskapande ta fram ett underlag för en digital webbutbildning för NVP.

Delaktighetstrappan (Arnstein, 2019).

Figur 1.



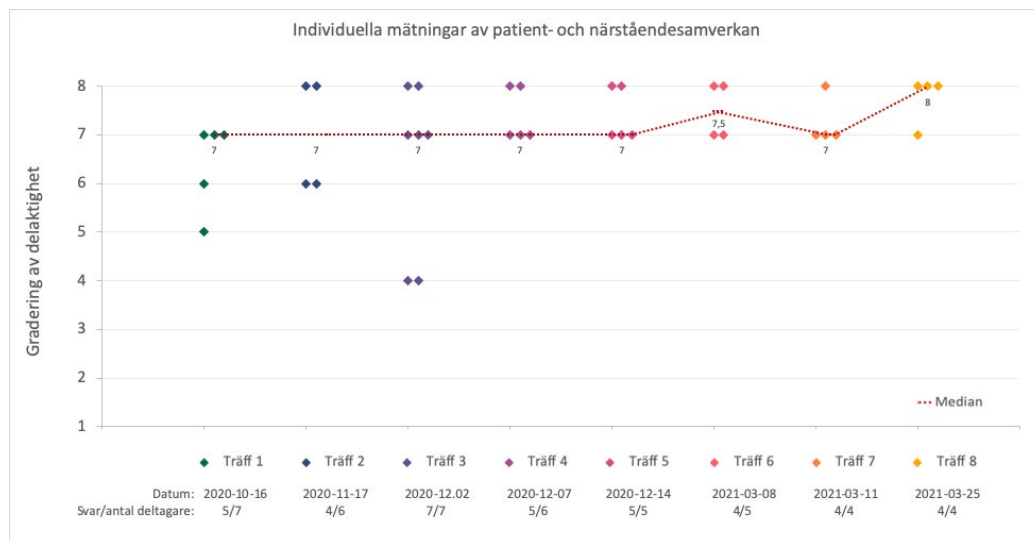
## Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förbättringsteamets upplevelse av PNS mättes med hjälp av en åtta-gradig delaktighetstrappa framtagen av Arnstein<sup>1</sup> (Figur 1). De lägre stegen (1–2) indikerar ingen delaktighet och stegens mittparti (3–5) av olika nivåer av tokenism, det vill säga patienten bjuds in att delta, men endast symboliskt (= engelskans "token"). Slutligen illustrerar de övre stegen (6–8) grader av maktförskjutning till medborgaren (patienten) vilket innebär en hög grad av delaktighet och delat partnerskap. Teamets diskussioner sammanställdes med hjälp av tematisk analys och användes sedan som underlag för webbutbildningens innehåll.

## Resultat

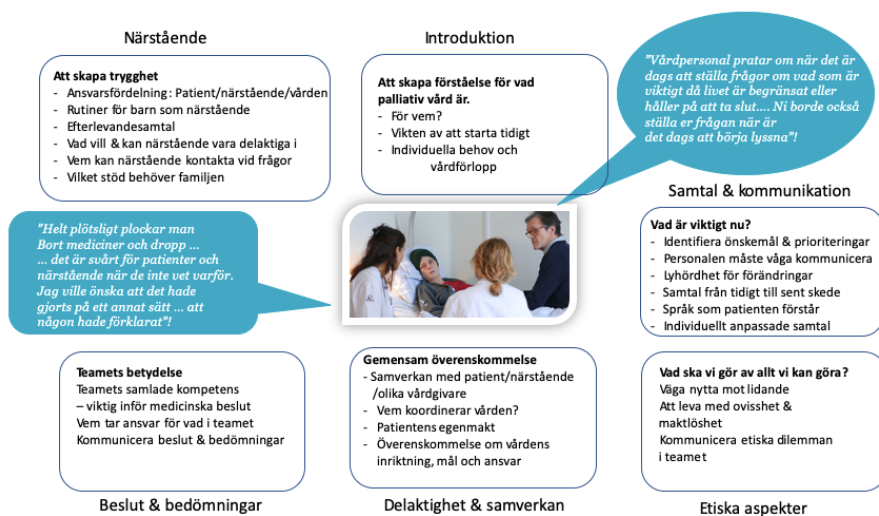
Samtliga möten i förbättringsteamet fick pga. Covid-19 pandemin ske digitalt via Zoom. Detta innebar att jag som förbättringsledare fick förbereda möten på ett annat sätt för att skapa förutsättningar för samverkan. Deltagarna skattade sin individuella upplevelse av PNS efter varje genomfört möte och medianvärdet uppgick till mellan 7 och 8 på Arnsteins delaktighetstrappa (Figur 2), vilket indikerar att målet uppnåtts. Mätningen upplevdes något utmanande, en av deltagarna sa: " ...ja, alltså jag skulle ju inte mäta det med bara siffror, jag skulle ställt frågor". En annan person sa: "... är den här mätningen ens nödvändig att skicka ut ... det går ju inte

att sitta där och inte känna sig delaktig”. Något oväntat var ändå att deltagarna trots det digitala formatet, upplevde en relativt hög grad av delaktighet: ” ... jag tänker att det inte är sämre att mötas digitalt när det gäller att alla ska få komma till tals ... det kan vara minst lika bra ...”



Figur 2. Resultat individuella mätningar av PNS.

Teamet kom fram till ett underlag för vad webbutbildningen för NVP bör innehålla. Sex teman med tillhörande subteman utkristalliserades med hjälp av en tematisk analys utifrån de samtal som förts (Figur 3).



Figur 3. Teman för webbutbildningens innehåll.

## Nästa steg

Nästa steg är fokus på ett förändrat arbetssätt inom enheten så att medarbetare ändrar sitt beteende och ser involvering av patienter och närstående som en självklar del inom forskning och utveckling.


**Faktaruta**

Namn: Anette Duarte

Email: anette.duarte@skane.se

Arbetsgivare: Region Skåne

Enhet: Palliativt Utvecklingscentrum, Lund



<sup>1</sup> Arnstein, S. R. (2019). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 85(1), 24–34. <https://doi.org/10.1080/01944363.2018.1559388>

# Kvalitetssäkrad vård för patienter som är i behov av skoinlägg

## Bakgrund

Ortopedtekniska inlägg används som behandling vid en rad olika tillstånd och sjukdomar. Patientgruppen innefattar såväl som barn som vuxna där problematiken ibland är rent patologisk men ibland relaterad till felställningar. Normalt sett används ortopedtekniska inlägg under långa tidsperioder. Därför är acceptans och följsamhet avgörande för behandlingens resultat. I de fall där behandling med ortopedtekniska inlägg visar sig fungera dåligt uppstår det negativa konsekvenser i hela kedjan gällande ökad rehabiliteringstid, ökad kostnad men också fysiska och psykiska konsekvenser för patienten. En förbättrad inläggsprocess hos Aktiv Ortopedteknik i Helsingborg skulle bidra till kvalitetssäkrad vård. Minskat antal icke värdeskapande inläggsjusteringar skulle optimera resursåtgång, bidra till jämlik vård och bättre behandling.

## Patient-/brukar-/kundinvolvering

Inför projektets start utformades en enkätundersökning gällande service. Enkätundersökning har tillsammans med fyra intervjuer gett inblick i patientens upplevelse gällande inläggsbehandlingen och lagt grund till ny brukarinformation. Synpunkter och idéer har samlats in under hela projektets gång via chefs timma samt löpande telefonintervjuer om nöjdheten med inläggen.

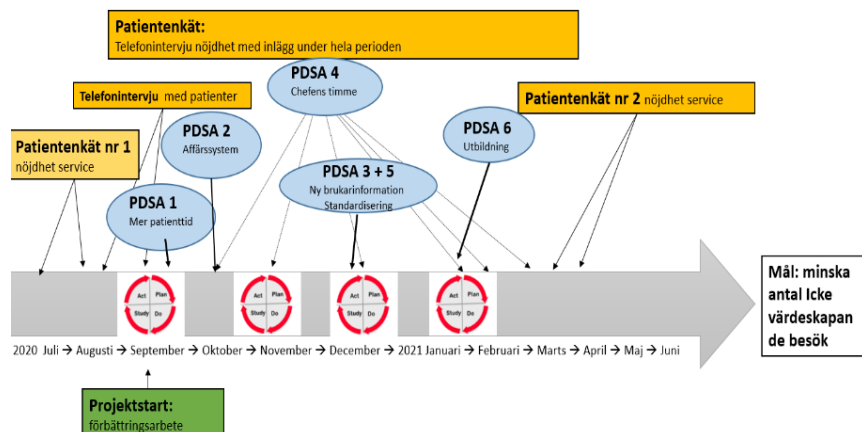
## Syfte och Mål

Målet var att identifiera orsaker till patientens behov av inläggsjustering och åtgärda orsaken. Förhoppningen var att få ner antalet icke värdeskapande inläggsjusteringsbesök. Syftet med förbättringsarbetet var att kvalitetssäkra inläggsprocessen.

Målet är att reducera antalet icke värdeskapande inläggsjusteringar från 9,6 % (2019) till 6% innan april 2021. 6% är med hänsyn till att det finns värdeskapande justeringar som exempel vid såravlastning.

## Förändringsidé

För att kvalitetssäkra processen och minska antalet icke värdeskapande inläggsjusteringar testades sex PDSA-hjul. Dessa togs fram med hjälp av patient-kartläggning, flödesschema, brain-storming, artikel- och journalgranskning samt patientintervjuer och enkäter. De sex olika PDSA-hjul bestod av ny brukarinformation, införande av "chefens timma", utbildning samt standardisering av journalskrivande och mottagningsbesökens innehåll, se figur 1 en översikt över förbättringsarbetet.

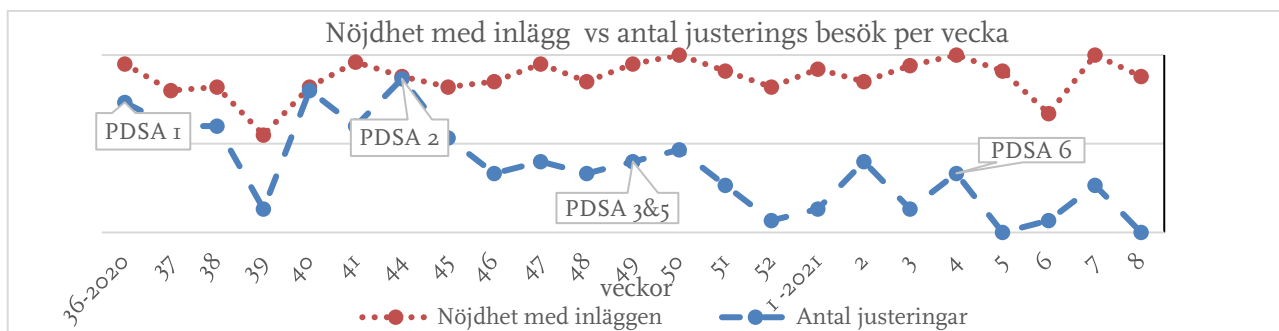


Figur 1 översiktsbild över förbättringsarbetet från start till slut och var de olika PDSA gjordes

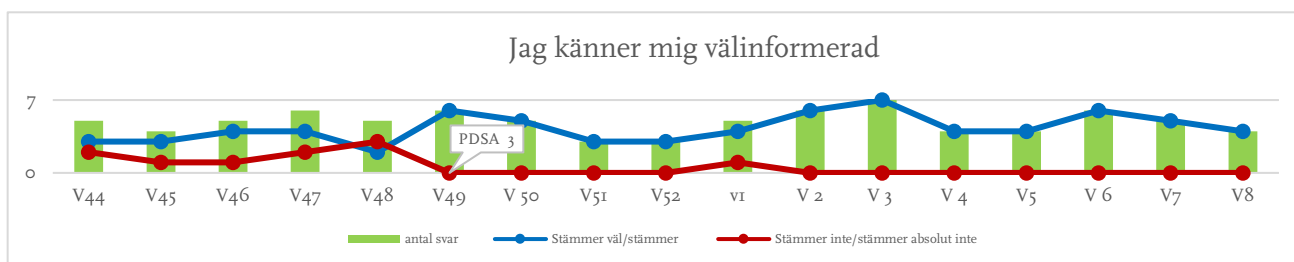
## Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Resultatmättet för andel inläggsjusteringar mättes varje månad och antalet inläggsjusteringar mättes veckovis. För att säkerställa att de olika PDSA inte hade negativ inverkan på patientnöjdheten och att balansera måttet genomfördes telefonintervjuer varje vecka se **figur 2**. I **figur 2** ses en tydlig minskning av antal inläggsjusteringar efter v.44, det är en trend som hållit genom hela projektet. **Figur 3** illustrerar ett trendbrott gällande hur välinformerade patienterna upplevde sig vara före och efter PDSA 3 "ny brukarinformation".

31 Volts Service Design, 2008" When you have two Coffee shops right next to each other, and each sells the same coffee at the exact same price, service design is what makes you walk into one and not the other" (Stickdorn & Schneider, 2014, s 33).



Figur 2 Visar Antal inläggsjusteringar per vecka oh nöjdheten med inläggen mätt med hjälp av OPUS enkätformulär



Figur 3 Visar en fråga från telefonenkätundersökningen angående nöjdhet med inlägg

## Resultat

Andelen justeringar minskade från 9,6% (2019) till 6,4% (2021), alltså en ca 30% minskning med en till synes tydlig förbättring efter införandet av PDSA två. Resultatet visar även att patienterna upplever blivit bättre informerade gällande sin inläggsbehandling, en tydlig förbättring sker i samband med införandet av PDSA 3, se figur 3. När patienterna i en enkätundersökning tillfrågades om dem blivit informerade om skötsel, användning och ev. problem som kan uppstå uppgav dubbelt så många högsta betyg i projektets slut jämfört med start. Kundnöjdheten tycks inte ha påverkats i någon riktning under samma tidsperiod och var fortsatt hög under hela projektets löptid, se figur 2.

Citat från patient vid PDSA 4 chefs timme:

*”Skönt att någon tar sig tid till att prata med oss om vad vi tycker fungerar”*

Resultat ska betraktas utifrån eventuell påverkan av rådande pandemi. Vidare uppföljning behövs för att säkerställa att minskningen av antal justeringar inte berodde på minskat antal patientbesök.

## Nästa steg

Utifrån resultatet kommer fortsatt arbete att fokusera på den produktionstekniska delen i inläggsprocessen samt uppföljningar av patientnöjdhet med inläggen och vidareutbildning av handläggarna. Pandemin resulterade i ökade krav på ett mer agilt förhållningsätt samt nytänkande. Att informationen kunde bli så mycket bättre på så kort tid var ett intressant resultat. Förhoppningen är att replikera förbättringsarbetet på fler ortopedtekniska verksamheter och se om resultatet förblir detsamma.

## Faktaruta

Namn: *Marianne Engelsted Bergqvist*

Email: [marianneengelsted@gmail.com](mailto:marianneengelsted@gmail.com)

Arbetsgivare: *Aktiv Ortopedteknik Helsingborg*

Referens: *Stickdorn, M., & Schneider, J. (2014). This is Service Design Thinking. Amsterdam: BIS Publishers B.V.*



## Kompetens för samskapande förbättringar

Samskapande förespråkas som ett sätt att förbättra vården. För stiftelsen Bräcke diakoni är samskapande ett arbetssätt och modell där personal och patienter tillsammans bidrar till att planera, utforma och tillhandahålla vård- och omsorgstjänster. I en enkätundersökning uppgav 86% av Bräcke diakonis chefer att de hade en positiv inställning till samskapande, samtidigt uppgav de att samskapande i realiteten förekom i mindre utsträckning. Resultatet tolkades som att cheferna ville öka patientinvolveringen i sina verksamheter. För att ge medarbetarna stöd och kunskap i hur patientinvolvering kan realiseras anpassades ett befintligt kompetensutvecklingsprogram i systematiskt förbättringsarbete, Förbättringskraft.

### Patientinvolvering

Förbättringsarbetet handlade om att ge deltagande team i det anpassade utvecklingsprogrammet bättre förutsättningar att samskapa genomförandet av det lokala förbättringsarbetet (förbättringskraftsarbetet). Patienter involverades i olika grad i genomförandet av förbättringskraftsarbeten.

### Syfte och Mål

Syftet med projektet var att inom ramen för ett utvecklingsprogram förbättra medarbetarnas förmåga att få till stånd samskapande. Målet var att de *tre deltagande* teamen i programmet under 2020 ska ha nått minst nivå fyra eller högre på delaktighetsskalan i 75% av de olika förbättringsstegen.

### Förändringsidé

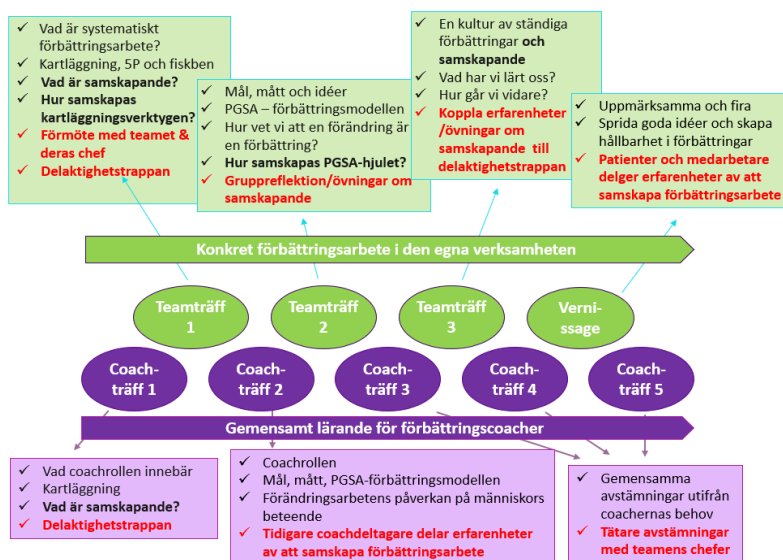
Var att anpassa ett befintligt kompetensutvecklingsprogram i systematiskt förbättringsarbete. Två anpassningar av programmet genomfördes, vilket innebar olika tillägg av utbildning och reflektion om samskapande arbetsformer. Ett första test av programmet genomfördes under 2019 (PGSA 1) och ett andra test genomfördes under 2020 (PGSA 2). Inom ramen för utvecklingsprogrammet genomförde varje team också ett lokalt förbättringsarbete (figur 1).

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

Ett nytt mätinstrument togs fram för att ta reda på deltagande teams uppfattning om och hur patienterna hade varit delaktiga i de lokala förbättringskraftsarbetena. Varje teams deltagare skattade gemensamt patienters delaktighet i varje förbättringssteg utifrån en sex gradig delaktighetsskala. För att ta reda på om anpassningen av programmet åstadkommit en förbättring, jämfördes fyra team som deltog i den första pilotfasen av de anpassade utvecklingsprogrammet under 2019 med tre team som deltog i den andra omgången under 2020.

### Resultat

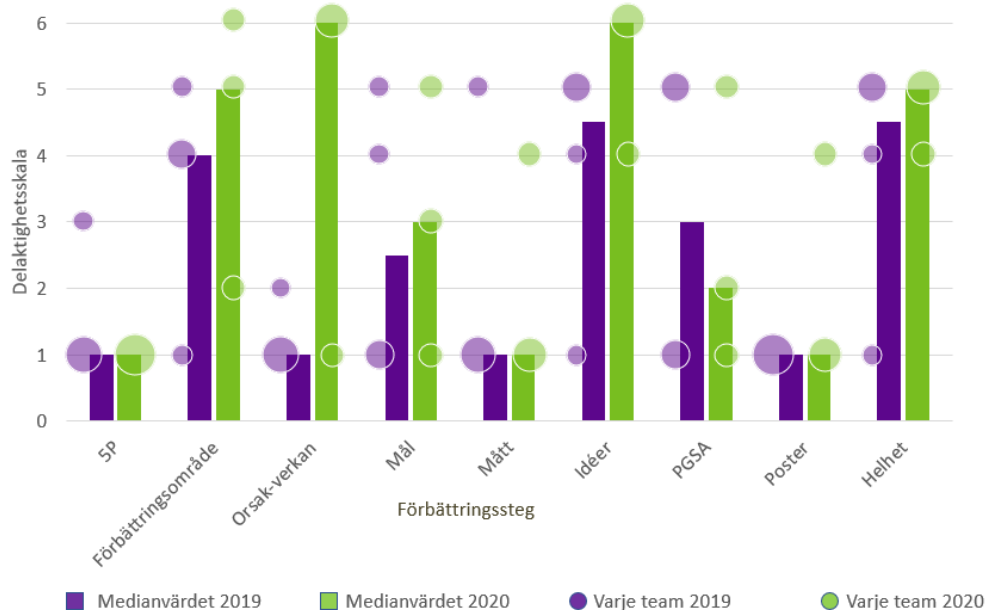
Deltagande team under 2020 skattade i genomsnitt grad fyra eller högre på delaktighetsskalan i 44% av de olika förbättringsstegen, därmed uppnåddes inte målet på 75%. I jämförelse med första omgången 2019, skattade deltagande team i andra omgången, ett högre medianvärde på delaktighetsskalan i 56% av förbättringsstegen. I 33% av stegen var medianvärdet för delaktighet lika för båda omgångarna. Detta tyder



Figur 1. Upplägg av innehåll och struktur av kompetensutvecklingsprogrammet, Förbättringskraft. Den svarta fetstilta texten beskriver den första anpassningen av programmet, PGSA 1. Den röda texten beskriver den andra anpassningen av programmet, PGSA 2.

på en förbättring under den andra omgången 2020, där teamen i högre grad lyckades involvera patienterna i förbättringskraftsarbetena (figur 2). Trots att varje teams skattningar varierade stort gällande graden av delaktighet i de olika stegen, skattade teamen generellt högt gällande patienternas delaktighet i förbättringskraftsarbetena som helhet. Denna diskrepans öppnar för fördjupade analyser i de återstående fokusgruppsintervjuerna.

### Grad av delaktighet i de olika förbättringstegen



Figur 2. Staplarna visar medianvärdet av delaktighet i varje förbättringssteg för respektive programomgång. Varje teams delaktighetsskattning för respektive förbättringssteg redovisas som punkter. När teamen har skattat samma värde på delaktighetskalan redovisas det som större punkter. Grad ett i delaktighetskalan innebär ingen delaktighet alls och grad sex betyder att deltagande team och patienter har samskapat förbättringsteget.

### Nästa steg

Mätningarna byggde på personalens skattningar och inte på patienters uppfattningar därför behöver resultaten tolkas med försiktighet. En utveckling av förbättringsarbetet skulle kunna vara att även anpassa mätinstrumentet till patienters uppfattningar. I nästa steg av förbättringsarbetets utveckling planeras patienternas behov och perspektiv på samskapande få ett större utrymme.

### Faktaruta

Namn: Charlotte Forsberg

Email: [charlotte.forsberg@brackediakoni.se](mailto:charlotte.forsberg@brackediakoni.se)

Arbetsgivare: Bräcke diakoni

Enhet: Kvalitetsavdelningen

Hemsidan: [www.brackediakoni.se](http://www.brackediakoni.se)

# Ett förbättringsarbete med syfte att öka patientens kunskap om tiden efter avslutad cancerbehandling

## Bakgrund

I cancervården används "Min vårdplan", som är ett verktyg för att öka delaktigheten och underlätta kommunikationen mellan vårdgivare och patienten. Den ska utgå från patientens behov och uppdateras under vårdförloppet. Efter en cancerbehandling kan långvariga och sena biverkningar uppstå. Dessa kan vara fysisk och psykiska problem. Även existentiella funderingar såsom tankar på meningen med livet och ekonomiska bekymmer som vid långvarig sjukskrivning kan förekomma efter en cancerbehandling. Som en del av Min vårdplan ingår även att göra en rehabiliteringsplan. Många patienter beskriver en upplevelse av att de inte vet vart de ska vända sig med sina problem efter avslutad behandling. En uppdaterad Min vårdplan tros kunna öka patienternas kunskap om tiden efter cancerbehandlingen. På mottagningen för gynekologisk cancer på Karolinska Universitetssjukhuset uppdaterades inte Min vårdplan efter avslutad behandling. I Stockholm rapporterades under år 2019 628 nya fall av gynekologisk cancer, vilka alla får sin behandling på Karolinska Universitetssjukhuset.

## Patient-/brukar-/kundinvolvering

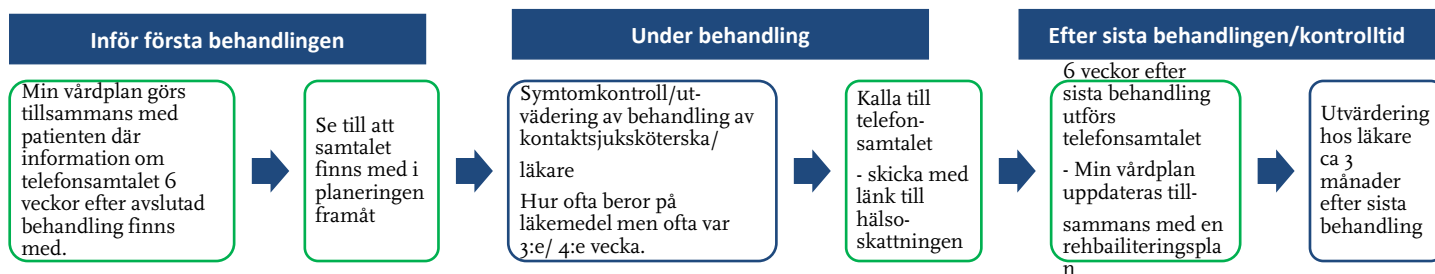
Patienter har involverats i förbättringsarbetet på flera sätt. Grunden till förbättringsarbetet och dess utformning kommer från samtal med patientföreträdare, fokusgrupper och enkätsvar från patienter. Dialog med patientföreningarna har även skett under arbetet. De patienter som fått en uppdaterad Min vårdplan har även tillfrågats om deras synpunkter gällande det nya arbetssättet.

## Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet är att patienterna ska få en ökad kunskap om tiden efter avslutad behandling och därmed får bättre förutsättningar till att hantera de eventuella sena effekter patienten kan få. Målet med förbättringsarbetet var att 80 % av alla patienter med gynekologisk cancer ska ha fått en uppdaterad Min Vårdplan på mottagningen för gynekologisk cancer efter avslutad behandling i maj 2021.

## Förändringsidé

De förändringsidéer som har testats är att kontaktsjuksköterskan har ett telefonsamtal med patienterna 6 veckor efter avslutad behandling. Inför samtalet skickas ett självskattningsinstrument, Hälso-skattningen ut. Under samtalet uppdateras Min vårdplan med information om hur den fortsatta uppföljningen ser ut och vad för typ av problem som kan uppstå efter behandlingen. Patienten får även en sammanfattning av vården. Ett stort fokus under dessa samtal har även varit att göra en bedömning av rehabiliteringsbehov utifrån svaren från Hälso-skattningen samt en rehabiliteringsplan. Dokumentation och patientinformation har också anpassats till det nya arbetssättet. För att få ett helhetsperspektiv har arbetet även tittat på hur processen ser ut innan patienten har avslutat sin behandling. Ett flödesschema (figur 1) beskriver processen.



Figur 1. Flödesschema över processen för en uppdaterad Min vårdplan efter avslutad behandling. I de gröna rutorna har rutiner ändrats eller nya rutiner skapats.

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

För att följa förbättringsarbetet har förbättringsteamet bland annat följt andelen uppdaterade Min vårdplan samt patienternas erfarenhet av hur mycket information de fått om vård och behandling. Baslinjemätning

gällande Min vårdplan har inte kunnat gjorts då det är ett nytt arbetssätt men enkätundersökningen kommer från en undersökning som från år 2019.

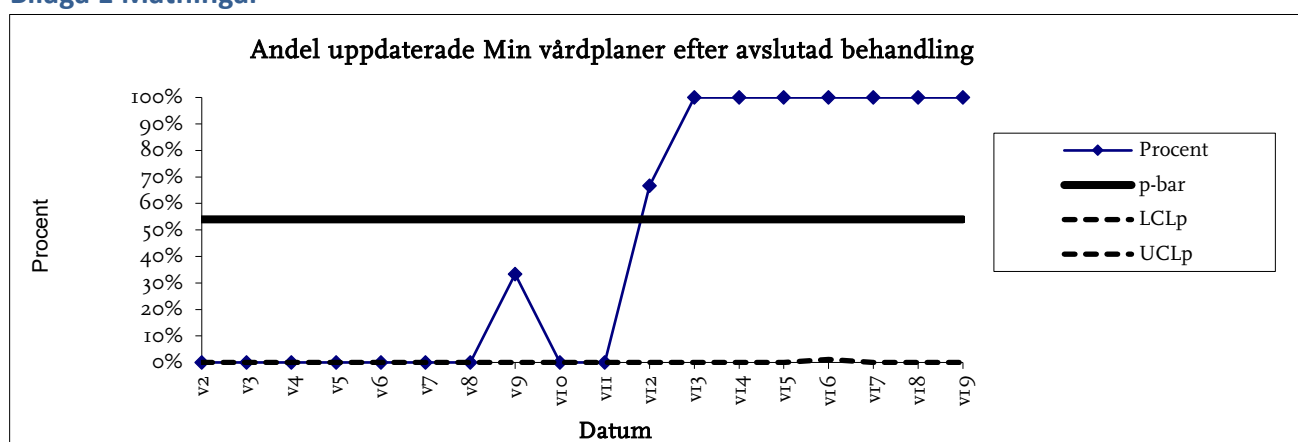
## Resultat

Andelen uppdaterade Min vårdplan ligger över centrollinjen vilket tyder på en systematisk variation. Andelen har även varit på 100% sedan vecka 13, vilket tyder på att målet om 80% uppdaterade Min vårdplaner har uppnåtts (figur 2). Enkätundersökning visade en viss förbättring kring patienternas upplevelse av information om vård och behandling (figur 3).

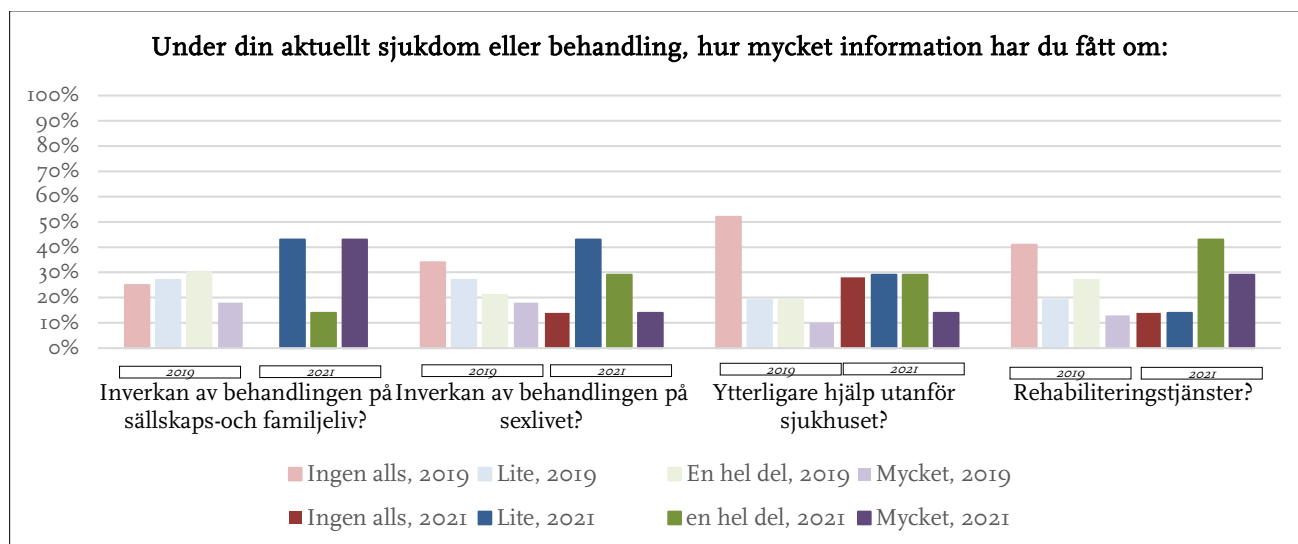
## Nästa steg

Förbättringsarbetet har medfört att vi kunnat testa ett nytt arbetssätt för en grupp patienter. Patienterna har under våren börjat få en uppdaterad Min vårdplan och arbetet kommer därför framöver fortsätta att utvecklas. Erfarenheterna från detta förbättringsarbete kommer ligga till grund för det fortsatta arbetet med att förbättra vården tiden efter avslutad cancerbehandling.

## Bilaga 1 Mätningar



Figur 2: Styrdiagram över andelen uppdaterade Mina vårdplaner.



Figur 3: Exempel på resultat från enkätundersökning där patienten tillfrågades om erfarenheter av hur mycket information de fått om vård och behandling

## Faktaruta

Namn: Emma Granlund Hjelm

Email: emma.granlund-hjelm@sl.se

Arbetsgivare: Regionalt Cancercentrum Stockholm- Gotland

Enhet: Mottagningen för gynekologisk cancer, Karolinska Universitetetssjukhus

## Från mottagare till medskapare

- ökad brukardelaktighet på ett LSS boende via förbättrade genomförandeplaner

### Bakgrund

Inom en bostad med särskild service för 12 personer med funktionsnedsättningar genomfördes ett förbättringsarbete. Granskning visar att flertalet brukare inom boendet hade en dokumenterad genomförandeplan men att de inte följdes upp mot de individuella målen. Det genomfördes inte några regelbundna uppföljningar. Det innebär att behoven inte stämde överens med brukarnas behov. Bristen på uppföljning innebär att brukaren inte är delaktig och får då ingen möjlighet att beskriva vad som har varit bra och vad som behöver förbättras. Personal får inte heller utveckla och korrigera arbetssätt eller metoder på vägen. Med anledning av detta genomfördes detta förbättringsarbete.

### Brukarinvolvering

Förbättringsarbetets utgångspunkt är att arbeta för att öka brukardelaktighet genom att involvera brukarna i planering, genomförande och uppföljning av stödet som utformas. Detta har skett genom att skapa förutsättningar och rutiner för delaktighet via dialog med varje brukare. Dialog om vad de vill ha hjälp med och vilka mål som skulle sättas upp. Kontinuerliga mätningar har skett under förbättringsarbete för att fånga brukarnas erfarenheter av det förändrade arbetssättet.

### Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet är att tillsammans med personal och brukare använda och utveckla arbetsmetoder som skapar förutsättningar för brukarens delaktighet i det dagliga stödet.

### Smarta mål

Samtliga brukare inom det aktuella boendet ska ha en uppdaterad genomförandeplan som följts upp varje månad tillsammans med sin kontaktperson under perioden aug 2020 - feb 2021. Samtliga brukare inom det aktuella boendet ska tillsammans med sin kontaktperson erbjudits strukturerade individuella veckosamtal enligt checklista, som utgår från brukens behov under perioden aug 2020 - feb 2021.

### Förändringsidé

PDSA 1: Genomförandeplanen följs upp och justeras tillsammans med brukaren en gång i månaden. Uppföljning sker utifrån de livsområden som är viktiga för brukaren. Livsområden kan handla om hur man sköter sin lägenhet, viktiga relationer eller andra aktiviteter. Det handlar om att ta reda på hur stödet fungerar, vad brukaren klarar själv, vad behöver brukaren hjälp med och hur tycker brukaren att stödet ska se ut?

PDSA 2:1 & 2:2: Samtliga brukare erbjuds strukturerade veckosamtal som ett sätt för att skapa delaktighet i brukarens vardag. Samtalen erbjuds av kontaktperson utifrån en förutbestämd struktur. Strukturen bygger på *Ett självständigt liv* (ESL), ett manualbaserat arbetssätt. Samtalen ska handla om det som brukaren har behov av i vardagen där syftet är att brukaren stärks mot ett mer självständigt liv. Genom ESL metodiken kan brukaren få vägledning och verktyg till att formulera och bryta ner sina mål i t.ex. genomförandeplanen. Samtalet pågår mellan 30–60 min.

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

Utvärdering av PDSA har genomförts genom att granska social dokumentation, mätningar och genom samtal med brukare och personal.

### Resultat

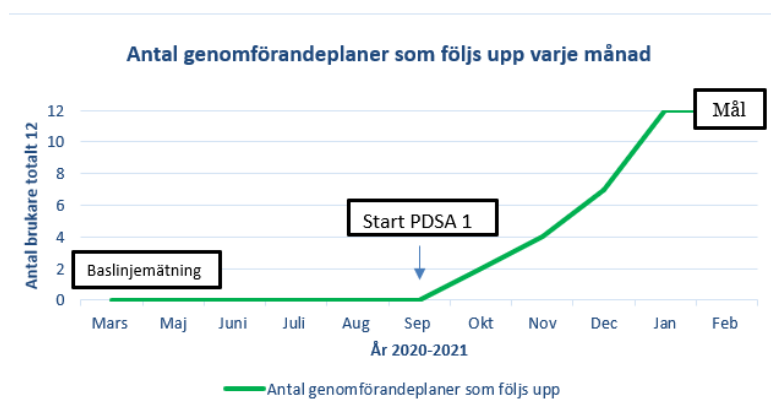
Ett av förbättringsarbetets smarta mål uppnåddes. Samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan vilket innebär att personal har tillsammans med brukaren formulerat individuella mål som följs upp en gång i månaden (se figur 1). De individuella målen matchas nu med rätt arbetssätt, detta har bidragit till samsyn och förbättrad delaktighet för brukaren. Personalen arbetar systematisk med genomförandeplanen genom att identifiera livsområden som är viktiga för brukaren. Att dessa livsområden följs upp kontinuerligt har bidragit

till att arbetet med planen hålls levande, vilket innebär att det är ett arbetsverktyg för personalen samt en plan för brukaren att nå de individuella målen.

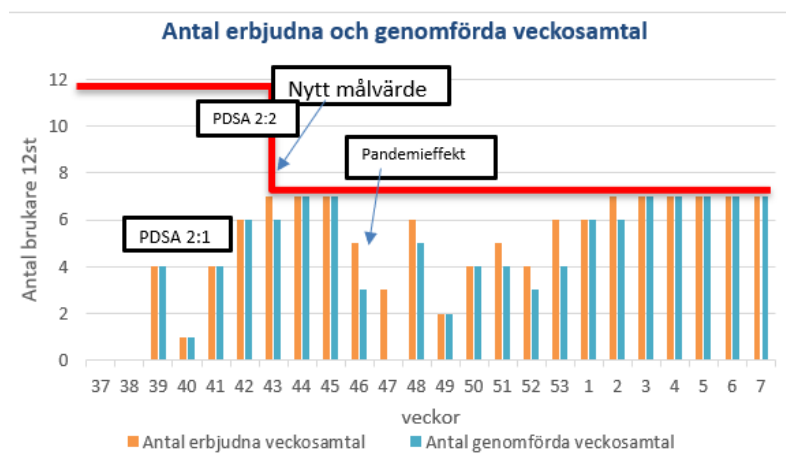
Det andra smarta målet att genomföra veckosamtal nåddes inte då detta arbetssätt inte passade brukare med måttlig intellektuell funktionsnedsättning. Ett nytt PDSA 2:2 testades på de sju brukare som är lämpade för arbetssättet erbjuds veckosamtal (se figur 2). Under 2020 var det igenomsnitt fyra brukare som tog emot veckosamtal, främsta orsaker till att brukare tackat nej har att göra med att de velat göra annat och om att det är vikarier som erbjuder samtal. Under 2021 har en viss förbättring skett där i genomsnitt sju genomförda samtal skett per vecka. Brukarnas åsikter ger avtryck i utformningen genom att personal lyssnar på brukaren. Veckosamtal för de som kan ta emot och uppföljning av genomförandeplan implementeras i verksamheten.

## Nästa steg

För att säkra delaktigheten för de brukare som inte kan tillgodogöra sig veckosamtal testas nya PDSA för att öka delaktigheten i vardagen. Ett sådant handlar om att använda digital teknik i form av anpassade surfplattor och smartphone. Tekniken upplevs som ett bra stöd vid vardagliga aktiviteter samt vid kommunikation genom att visualisera olika situationer. Det krävs fortsatt stöd för att anpassa tekniken som ska användas.



Figur1. Antal genomförandeplaner som följs upp varje månad.



Figur 2. Antal erbjudna och genomförda veckosamtal med brukaren.

## Faktaruta:

Namn: Malin Hedroy

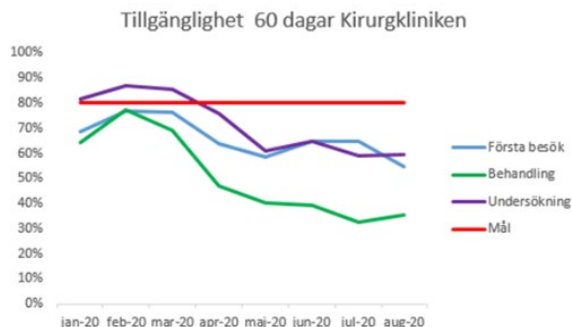
mail: [malin.hedroy@funktionsstod.goteborg.se](mailto:malin.hedroy@funktionsstod.goteborg.se)

Arbetsgivare: Göteborgs stad

# Kapacitet och produktionsstyrning (KPS) – vägen till bättre tillgänglighet

## Bakgrund

Kirurgisk vård beslutade 2019 att KPS som metod skulle införas i verksamheten. KPS innebär att styra kapacitet och produktion utifrån behov vilket passade bra i kombination med att förbättra tillgängligheten. Våren 2020 fanns på Kirurgkliniken i Eksjö ett gap i det då aktuella målet; 80% skulle få en tid inom 60 dagar (Figur 1). När förbättringsarbetet påbörjades i augusti 2020 hade gapet ökat ytterligare på grund av pandemin. För att göra målet realistiskt inom tiden för förbättringsarbetet ändrades antal dagar till 90, baserat på lagen om vårdgaranti. På Kirurgkliniken i Eksjö utförs årligen cirka 5300 mottagningsbesök och 1000 behandlingar.



Figur 1 Tillgänglighet inom 60 dagar till och med augusti 2020 till första besök, behandling och undersökning inom Kirurgkliniken med mål på 80%. MoV och PvV är exkluderade.

## Patientinvolvering

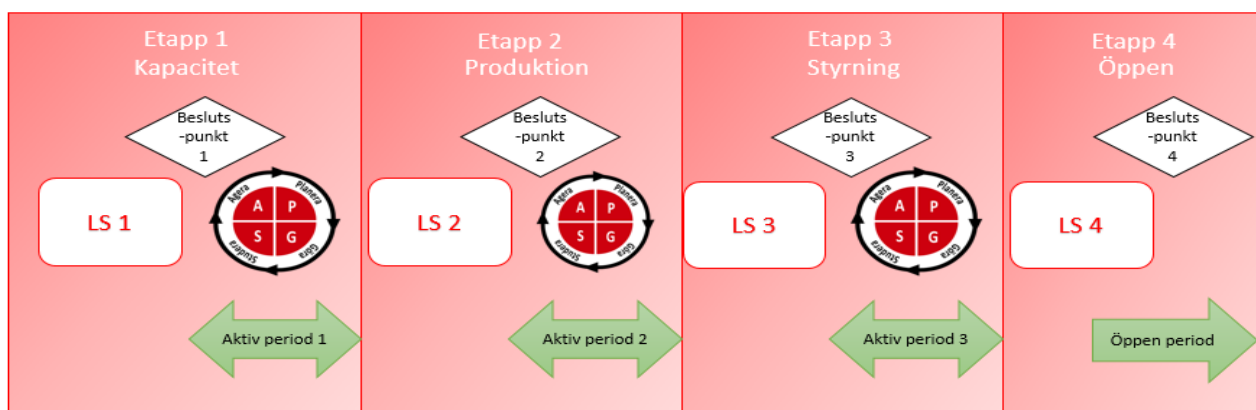
Förbättringsarbetet saknar direkt patientinvolvering inom ramen för förbättringsarbetet. Däremot finns en patientnytta med en förbättrad tillgänglighet. Dessutom förbättras patientsäkerheten och vård på lika villkor genom arbetet med rätt registreringar samt att prioriteringarna är korrekta utifrån gällande faktadokument. Så rätt patient får rätt vård i rätt tid.

## Syfte och Mål

Syftet var att ge vård på lika villkor med en god tillgänglighet. SMARTa målet var en tillgänglighet på 100% inom 90 dagar, exklusive medicinskt orsakad väntan (MoV) och patientvald väntan (PvV), till första besök respektive behandling för patienter med benigna och maligna sjukdomstillstånd inom enheten i Eksjö. Målet skulle vara uppfyllt 31 mars 2021.

## Förändringsidé

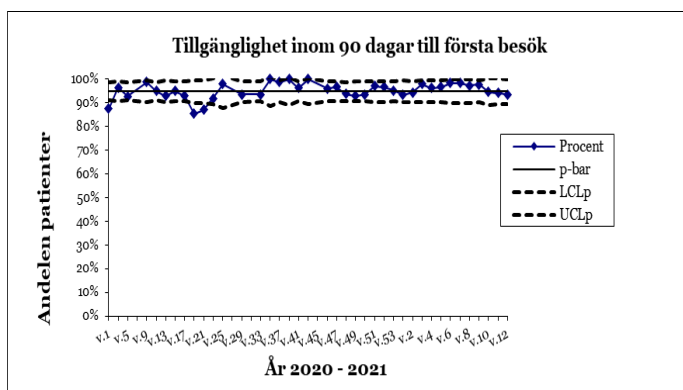
Införandet av KPS genomfördes utifrån en modifierad modell av Bataldens genombrottsmodell. Författarna har under förbättringsarbetet agerat som coachande ledare med ett agilt förhållningssätt. Lärande seminarium (LS) utifrån olika teman genomfördes i arbetsgrupper, bestående av sjuksköterskor, operatörsplanerare och vårdadministratörer (Figur 2). I slutet av varje LS fattades beslut om vilka aktiviteter som skulle genomföras under perioden fram till nästa LS. Förbättringsarbetet inleddes med att arbetsgrupperna fick arbeta med påverkanalys och handlingsplaner, genomgående har Nolans förbättringsmodell tillämpats. Aktiviteter, mätningar och uppföljningar har skett vid veckoavstämningar och kommer fortgå då det numera ett implementerat arbetssätt, därav är sista etappen öppen.



Figur 2 Modifierad arbetsmodell för KPS-införandet. Ursprunget från Bataldens genombrottsmodell

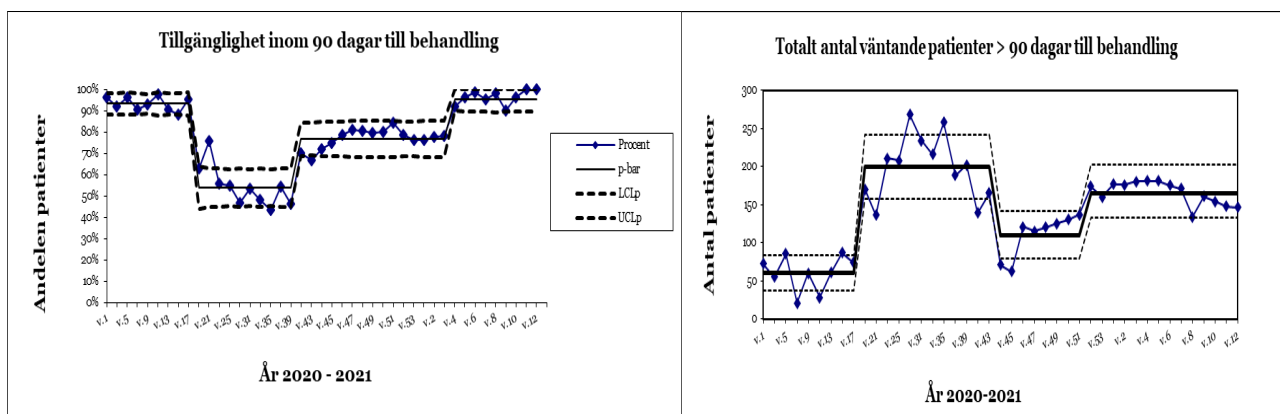
## Resultat – hur vet vi att denna förändring är en förbättring?

Målet med tillgänglighet till första besök var 100% inom 90 dagar, medelvärde under mätperioden var 94%. Mätvärdena ligger inom naturliga variationen (Figur 3) oberoende av åtgärder kopplat till förbättringar eller pandemin.



Figur 3 P-chart Tillgänglighet inom 90 dagar, exklusive MoV och PvV till första besök under vecka 1, 2020 till vecka 12, 2021. Mål 100%. PGSA angående prioritering och registrera rätt startade vecka 46.

Tillgänglighet till behandling nådde målet på 100% (Figur 4). Det finns en statistisk signifikans kring en förbättrad tillgänglighet sedan förbättringsarbetet startade vecka 36. Författarnas analys är att PGSA registrera rätt har haft störst effekt. Rätt prioritering av patienterna på väntelistorna har troligen även det haft positiv effekt då antalet väntande inte ökat lika kraftigt som under våren 2020 (Figur 4).



Figur 4 P-chart Tillgänglighet inom 90 dagar till behandling exklusive MoV och PvV under vecka 1, 2020 till vecka 12, 2021. Mål 100%. LS 1 startade vecka 36 med rätt prioritering och registrera rätt startade v. 46. Samt C-chart Totalt antal väntande patienter, inklusive MoV och PvV, mer än 90 dagar till behandling under vecka 1, 2020 till vecka 12, 2021.

## Nästa steg

Nästa steg är det alltid ska finnas bokningsbara tider minst 60 dagar framåt för samtliga yrkeskategorier för att kunna producera med och utifrån patientens behov. Nästa PGSA är att tid för behandling ska bokas i samband med beslutet, tillsammans med patienten, oftast vid ett besök. I det arbetet kommer det skapas en arbetsgrupp där patienter ska ingå.

## Faktaruta

Namn: Malin Hedtjärn & Malin Johnsson

Email: [malin.hedtjarn@rjl.se](mailto:malin.hedtjarn@rjl.se) [malin.johnsson@rjl.se](mailto:malin.johnsson@rjl.se)

Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Kirurgkliniken Eksjö



## ”Fem smutsiga små fingrar”

*Förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom prehospita vård*

### Bakgrund

Ambulanssjukvårdens miljö är unik och medför många utmaningar för att erbjuda en högkvalitativ, säker sjukvård i akuta situationer. Det prehospita arbetet innebär att på ett hygieniskt korrekt sätt kunna undersöka, bedöma, behandla och vårda patienten i en icke-traditionell vårdmiljö. Personalen ska enligt lag följa basala handhygienrutiner och klädregler (BHK) och rutinerna ska tillämpas i all nära vård. BHK omfattar åtta följsamhetsmoment, fyra basala hygienrutiner och fyra klädregler. Förbättringsarbetet startade efter observation av BHK som visade på 10 procents följsamhet. Personalens handhygien är den viktigaste åtgärden för att förhindra smittspridning av mikroorganismer inom hälso- och sjukvård.

### Patientinvolvering

BHK är den i särklass viktigaste handlingen för att minska risken för att patienten ska drabbas av en vårdrelaterad infektion. Ytterligare patientinvolvering i förbättringsprocessen av BHK har inte gjorts då det ännu så länge finns få bevis för effektiviteten i dessa strategier.

### Förbättringsarbetets syfte

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet var att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inom ambulanssjukvården i Region Jönköpings län för att minska risken för spridning av mikroorganismer i mötet med patienten.

### Smarta mål

För att minska risken för smittspridning ska ambulanssjukvården i Region Jönköpings län förbättra följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler med följsamhetsmålet 80 procent fram till april 2021. Mätningar ska göras månadsvis och redovisas löpande.

### Förändringsidé

En projektgrupp startades upp 2019. Genom att använda ”Rena händer räddar liv” en nationell multidimensionell arbetsmodell, har förbättringsarbetet planerats och genomförts. Förbättringsarbetets utformning har gjorts enligt Nolans förbättringsmodell. PGSA-hjulets **P**lanera - **G**öra - **S**tudera - **A**gera har varit stommen för genomförandet av interventioner. Inom sex prioriterade huvudområden från arbetsmodellen; grundförutsättningar, utbildning och praktisk övning, utvärdering och återkoppling, påminnelser på arbetsplatsen, patientsäkerhetskultur, fortlöpande planering & utvärdering skapades flera förändringsidéer som var särskilt viktiga för förbättringsarbetets utveckling av BHK inom verksamheten.

### Resultat

Förbättringsarbetet har visat på förbättrade resultat även om slutresultatet inte uppnått målvärdet 80 procent. Förbättringsarbetet har belyst svårigheterna med kravet på korrekt följsamhet inom prehospita vård. Under förbättringsarbetets gång har en pandemi pågått vilket har drivit på BHK ytterligare samtidigt som det också gjort arbetet mer komplicerat. Det som var mest framträdande och betydelsefullt i förbättringsarbetet var ökad tillgång till handdesinfektion men också ledningens och chefernas ökade engagemang. Utbildning och kunskap har förbättrats genom utbildningsinsatser både via föreläsningar och webbaserade insatser dock har klinisk scenarioträning uteblivit pga. pandemin. Handskarnas hantering och användning kan förbättras och kräver ytterligare innovationer. Armbandsklockor och ringar har försvunnit, något som har varit en långdragen besvärlig process.

### Nästa steg

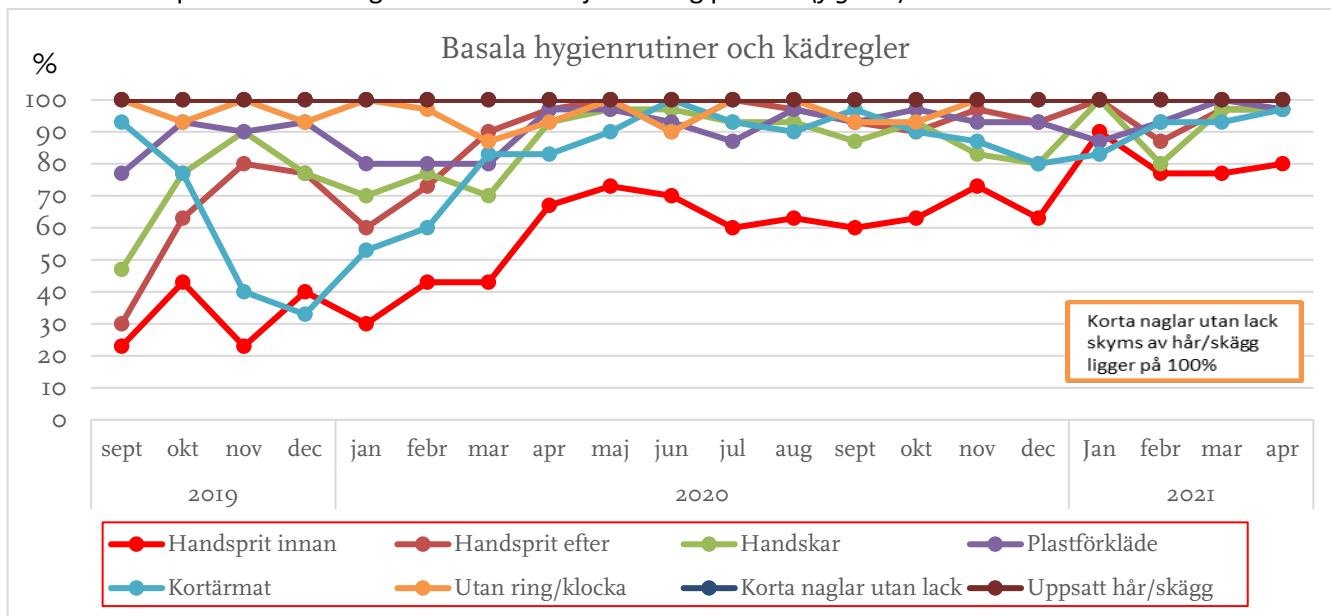
Basala hygienrutiner och klädregler har lyfts upp på agendan och blivit en viktig del av ambulanssjukvårdens kvalitetsarbete. Chefernas delaktighet skapar förutsättningar för ett fortsatt förbättrat hygienarbete med

många viktiga delar. Fortsatta observationer av BHK kommer att göras och redovisas månadsvis. Vissa interventioner har skjutits upp pga. pandemin och kommer att göras inom snar framtid.

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

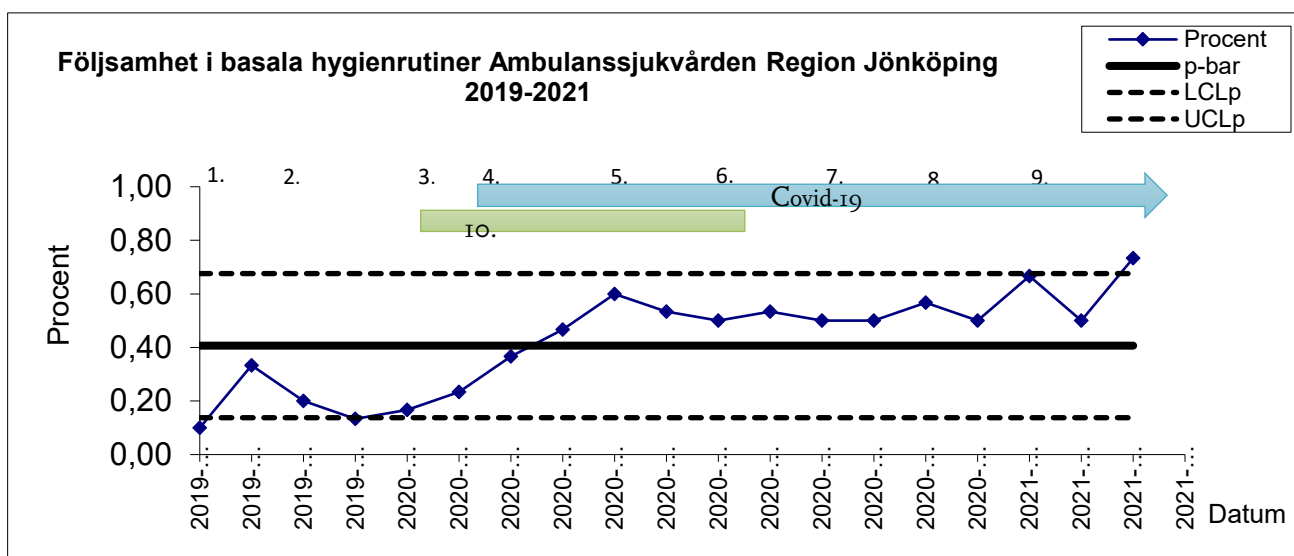
Uppdelning av hygienobservationsmomenten har gett vägledning för prioritering av interventioner. Möjlighet till processmått för respektive moment ger vägledning och uppföljning av interventioner (figur 1).

Följsamhetsmätningar av basala hygienrutiner och klädregler. Målet på 80 % har inte nåtts men får ändå anses vara en positiv utveckling utifrån en baslinjemätning på 10 % (figur 2).



Figur 1. Basala hygien rutiner och klädregler BHK separerade moment och följsamhet över tid.

**Viktigaste PGSA (figur 2)** 1. Utbildningsdag & månadsobservationer 2. Hygienriktlinje 3. Handspritflaska byxa ett område 4. Test handspritflaska ett område 5. Hygienpunkt APT 6. Följsamhetsredovisning i veckobrev 7. Informationsplanscher 8. Handspritflaska akutväska, webbutbildning grund+ covid, veckomöte införs av områdeschef. Stopp klockor/ringar 9. Egenskattning & planschbytte 10. Mönster, uppsömnd och beställning kortärmat fleece.



Figur 2. Styrdiagram. Projektets resultat över tid.

Namn: Petra Helgegren  
 Email: [petra.helgegren@rjl.se](mailto:petra.helgegren@rjl.se)  
 Arbetsgivare: Region Jönköpings län  
 Enhet: Ambulansverksamheten

## Att korta ner väntetider för spottkörtelkirurgi – en tvärprofessionell uppgift

### Bakgrund

På Karolinska Universitetssjukhuset opereras årligen ca 100 patienter med parotidektomi (borttagning av öronspottkörteln). Anledningen är vanligtvis att körteln har börjat växa okontrollerat. I vissa fall kan tillväxten bero på malign sjukdom - cancer. Enligt sjukhusets vårdprogram ska patienten opereras inom 6 veckor då en benign förändring kan omvandlas till malign sjukdom om den lämnas kvar att växa för länge. Denna tidsgräns kan kliniken inte hålla i dagsläget. Under 2018 opererades 26% av patienterna inom de utsatta 6 veckorna. Istället kan väntetiden vara flera månader och upp till ett år. Detta till stor del på grund av en brist på slutenvårdsplatser.

### Patientinvolvering

En referensgrupp av patienter läste igenom den patientinformation som togs fram. Detta för att säkerställa att informationen var lätt att förstå och ta till sig samt innehöll sådant som var relevant för patienterna. Patienternas input om förändringen togs även in kontinuerligt via enkät och vid återbesök.

### Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att minska väntetiderna för parotidektomi, med bibehållen patientsäkerhet och upplevelse av trygghet hos patienterna. Arbetets globala mål var att få ett bättre utnyttjande av vårdavdelningens vårdplatser och att därigenom sänka väntetiderna till operation. Arbetets SMARTa mål var: Till den 28/2 2020 ska minst 60% av de personer som väntar på parotidektomi erbjudas operation inom 6 veckor.

### Förändringsidé

Ett tvärprofessionellt förbättringsteam från olika enheter inom kliniken tog fram och implementerade ett vårdprogram för att operera patienter med parotidektomi i dagkirurgi istället för slutenvård. Patienterna går då hem samma dag som operation. Om de har erhållit ett dränage kommer de på uppföljning dagen efter hos sjuksköterska, annars följs de upp telefonledes. Vårdprogrammet innefattade skriftlig patientinformation, ett preoperativt informationssamtal, postoperativ riktlinje och införande av sjuksköterskemottagning.

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

Förändringen har utvärderats med hjälp av journalgranskning, patientenkät och inhämtning av statistiska data från väntelistor. Väntetider, komplikationsfrekvens och patientnöjdhet användes som mått av förbättringsarbetet. Se bilaga 1.

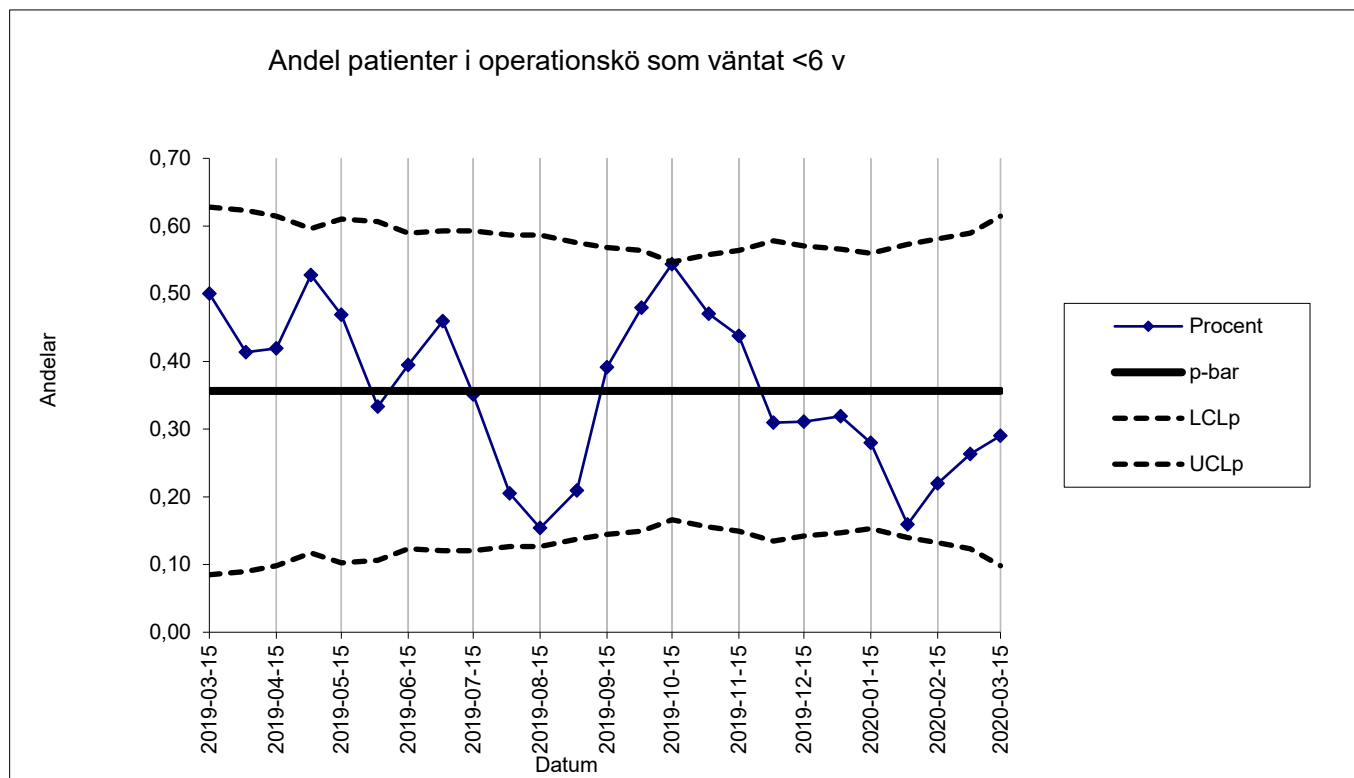
### Resultat

Det SMARTA målet uppnåddes inte inom tidsramen för projektet, se figur 1. Detta delvis på grund av en sjukhusövergripande omorganisation som försenade operationsstart. Själva vårdprogrammet var dock framgångsrikt vilket ger förutsättningar för att på längre sikt uppnå målet med sänkta väntetider. Patienterna i den dagkirurgiska gruppen hade färre komplikationer postoperativt än de inom slutenvården, se tabell 1 och 2. De var även mer nöjda med vården, framför allt gällande delaktighet och information.

### Nästa steg

För att kunna operera fler patienter inom dagkirurgi kommer patienthotellet att börja användas för att inte exkludera de som bor för långt från sjukhuset. Patientinformationen kommer även att tas fram på fler språk för att säkerställa en jämlik vård.

## Bilaga 1. Mätningar för att se om förändringen innebär en förbättring



Figur 1. Utvärdering av väntetider. Andel patienter på väntelistan som vid tidpunkten väntat mindre än 6 veckor på operation. Målnivå: 0,6, dvs 60%. Första patient opererades 2019-10-15.

Tabell 1. Komplikationer vid parotidektomi i dagkirurgi (9 patienter)

Serom/Sialocele	11%
Blödning/hematom	0%
Reoperation	0%
Akutbesök inom 30 dagar	33%
Infektion	11%
Annat	11%
Komplikationsfri	78%

Tabell 2. Komplikationer vid parotidektomi i slutenvård (42 patienter)

Serom/Sialocele	12%
Blödning/hematom	12%
Reoperation	5%
Akutbesök inom 30 dagar	28%
Infektion	12%
Annat	2,5%
Komplikationfri	60%

### Faktaruta

Namn: Sofie Henecke

Email: sofie.henecke@gmail.com

Arbetsgivare: Medicinsk enhet Öron, Näsa, Hals, Hörsel och Balans. Karolinska Universitetssjukhuset

## Framtidens sederingsmetod - när patienten själv får sedera, kan vi operera mera

### Bakgrund

Gynekologiska undersökningar är för många förknippat med mycket obehag vilket kan medföra att kvinnor uteblir från mottagningsbesöket eller att undersökningen genomförs på operationsavdelningen (OP). Ny teknik möjliggör att vissa gynekologiska ingrepp kan genomföras med lokalanestesi och sedering.

Tidigare utfördes dessa mindre gynekologiska ingrepp (interventioner) på OP. Besöket var resurskrävande, hade låg patientdelaktighet och anestesijuksköterskan sövde eller sederade patienten, ACS (anaesthetic controlled sedation) bort. För att möta det ökade behovet av god tillgänglig vård växte förändringsidén fram att utföra vissa gynekologiska ingrepp på Kvinnoklinikens mottagning (KKM) med hjälp av lokalbedövning och möjlighet till patientkontrollerad sedering (PCS).

### Patientinvolvering

Patientkontrollerad sedering bygger på att patienten, i detta fall kvinnan, sköter sederingen själv och blir medspelare i sin egen vård. Hon bestämmer sederingsdjupet själv eftersom hon, med hjälp av en pump, ger sig själv små doser avslappnande medicin. Metoden gör att KKM kan erbjuda sedering på ett patientsäkert och funktionellt sätt.

### Syfte och Mål

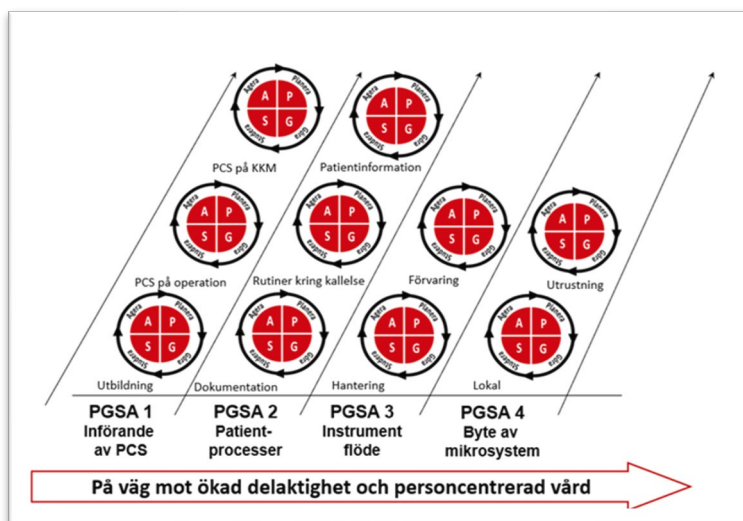
Syftet med förbättringsarbetet var att på ett patientsäkert sätt öka delaktigheten genom att införa patientkontrollerad sedering, utan att anestesijuksköterskan deltar, vid gynekologiska ingrepp på Kvinnoklinikens mottagning, Värnamo sjukhus. Målet var att Kvinnoklinikens mottagning från och med oktober 2020 självständigt skulle erbjuda patientkontrollerad sedering till kvinnor vid gynekologiska interventioner och att 95% av kvinnorna var nöjda med sederingen och kunde tänka sig att använda metoden igen.

### Förändringsidé

Planen var att införa PCS som en effektiv och styrbar sedering vid interventioner och smärtsamma undersökningar på KKM. Förbättringsarbetet innebar att utbilda sjuksköterskor från KKM att hantera PCS självständigt för att kunna utföra vissa interventioner på mottagningen. Genom strukturerat processarbete säkrades riktningen i förbättringsarbetet. Riskanalysen klargjorde fyra områden som behövdes för att införa PCS och byta mikrosystem. PGSA hjälper initieras och utvärderades kontinuerligt för att undersöka om förändringen medfört en förbättring.

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

Förändringen utvärderades och redovisades med hjälp av Värdekompassen. Patienternas upplevelse av PCS utvärderades med en enkät och medarbetarnas erfarenheter fångades i PCS protokoll i direkt anslutning till interventionen. Sederingsmetoden användes vid 32 interventioner. Samtliga mätningar visade att PCS och det nya arbetssättet på KKM var välfungerande och uppskattat av både patienter och medarbetare. Förändringen medförde en förbättring eftersom PCS bidrog till god och säker vård med ökad patientdelaktighet och tillgänglighet för gynekologiska interventioner.



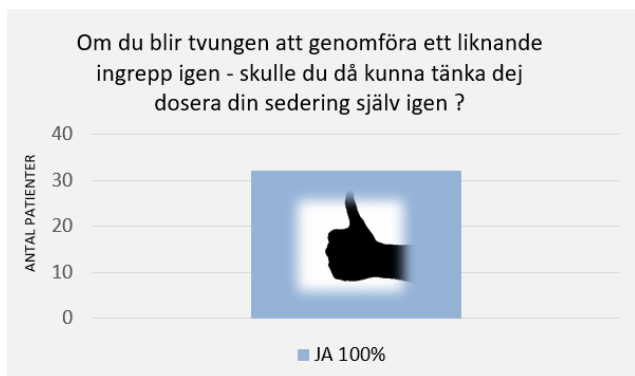
## Resultat

Förbättringsarbetet resulterade i att gynekologiska interventioner utförs på KKM med hjälp av PCS och lokalbedövning. Samtliga kvinnor som använt PCS var nöjda och kunde tänka sig använda metoden igen. Alla interventioner på KKM kunde genomföras som planerat och inga komplikationer relaterade till PCS inträffade. Dessutom blev besökstiden kortare och det utfördes fler och mer omfattande interventioner än vad som var tänkt från början. Medarbetarna uppskattade utvecklingen i sitt arbete och vårdens resurser användes på bästa sätt. Förbättringsarbetet bidrog även till att teamkänslan och samverkan mellan klinikerna ökade.

*"Vad skönt att kunna kontrollera själv. När det gjorde ont kunde man öka. Jättebra alternativ istället för narkos. Skönt att kunna åka hem så fort"*

Kommentar från patient som använt PCS

### Vad tycker kvinnorna?



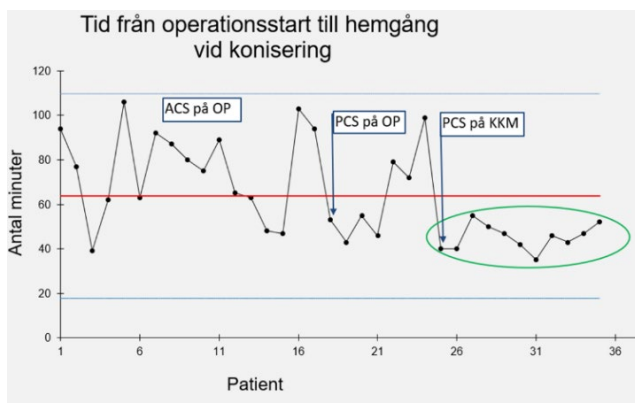
Resultat från patientenkät

### Vad tycker medarbetarna?

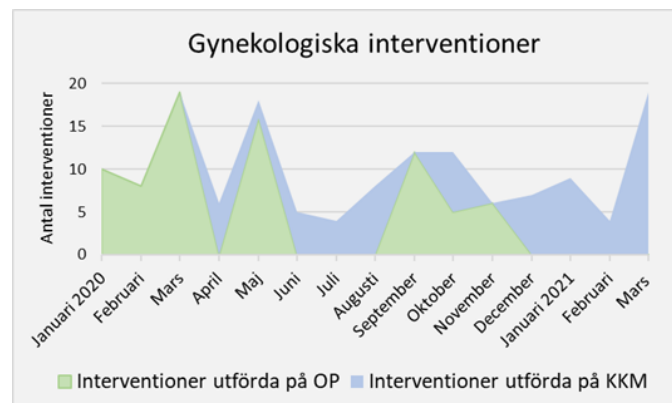


Resultat från PCS-protokoll

### Effekter i verksamheten



Förändrat mikrosystem och PCS medförde kortare besökstid.



Allt fler interventioner utförs på KKM istället för på OP.

## Nästa steg

Förhoppningen är att införandet av PCS både ökar värdet i mikrosystemet och stärker medarbetarnas känsla av lärande och utveckling. Framtiden innebär att utveckla konceptet och tillgången till anpassade lokaler för att utöka användning av PCS vid olika interventioner. Konceptet är redan efterfrågat av fler kliniker eftersom metoden skapar vinster i flera perspektiv. Visionen är att på ett systematiskt och patientsäkert sätt påvisa vilka möjligheter framtidens sederingsmetod ger morgondagens vård redan idag.

## Faktaruta

Namn: *Linda Karlsson och Ann-Helene Trofast*

Email: [linda.r.karlsson@rjl.se](mailto:linda.r.karlsson@rjl.se) och [ann-helene.trofast@rjl.se](mailto:ann-helene.trofast@rjl.se)

Arbetsgivare: *Region Jönköpings län*

Enhet: *Operations- och intensivvårdskliniken, Värnamo sjukhus*

## Kan förändrade rutiner och arbetssätt öka produktiviteten på en datortomografiundersökning?

### Bakgrund

Bild och Funktion (BoF) på Karolinska Universitetssjukhus Huddinge är en serviceenhet för patienter som besöker Karolinskas olika mottagningar och avdelningar. Det är både akut och icke akuta patienter som passerar BoF. BoF har skickat ut över 1000 Datortomografi (DT) remisser till privata aktörer på grund av bemanningssvårighet och kapacitet för antal undersökningar. Detta skapar en icke jämlik vård, sämre tillgänglighet, ej enhetlig vård, lagen följs inte i praktiken samt ökad kostnad för sjukhuset och samhället.

### Patientinvolvering

Patienter har tillfrågats om deras upplevelse av sitt besök till röntgen och komma med förslag och synpunkter för att förbättra serviceenheten BoF under förändringsarbetet. Patienter som behövde en kontrastmedelsundersökning tillfrågades vid de åtta testdagarna om de ville besvara enkäten. Utfallet har varit 40 av 140 möjliga patienter som besvarade enkäten. Deras synpunkter har diskuterats och hanterats i förändringsteamet.

### Syfte och Mål

#### Förbättringsarbetets syfte

Syftet med förbättringsarbetet var att öka produktiviteten vid en DT undersökning med kontrast genom att skapa en förberedelseenhet (FBE) i anslutning till DT-labb.

#### Smarta mål

Målet med förbättringsarbetet var att utnyttja DT kapacitet bättre genom att förbereda patienter redan innan ankomst till DT labb, så att 2–4 fler patienter per dag kan erbjudas undersökningar före 15 december 2020.

### Förändringsidé

Förbättringsarbetet handlade om att driftsätta en FBE inför en datortomografiundersökning på de nya lokaler som tillhör Bild och Funktion. Driftsättningen medförde att patienter som kommer hemifrån blev bättre förberedda eftersom hälsouppgifter, information om undersökningen samt intravenös infart ombesörjdes på FBE. Dessa förberedelser gjordes på samma labb som en datortomografi finns före förändringen.

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

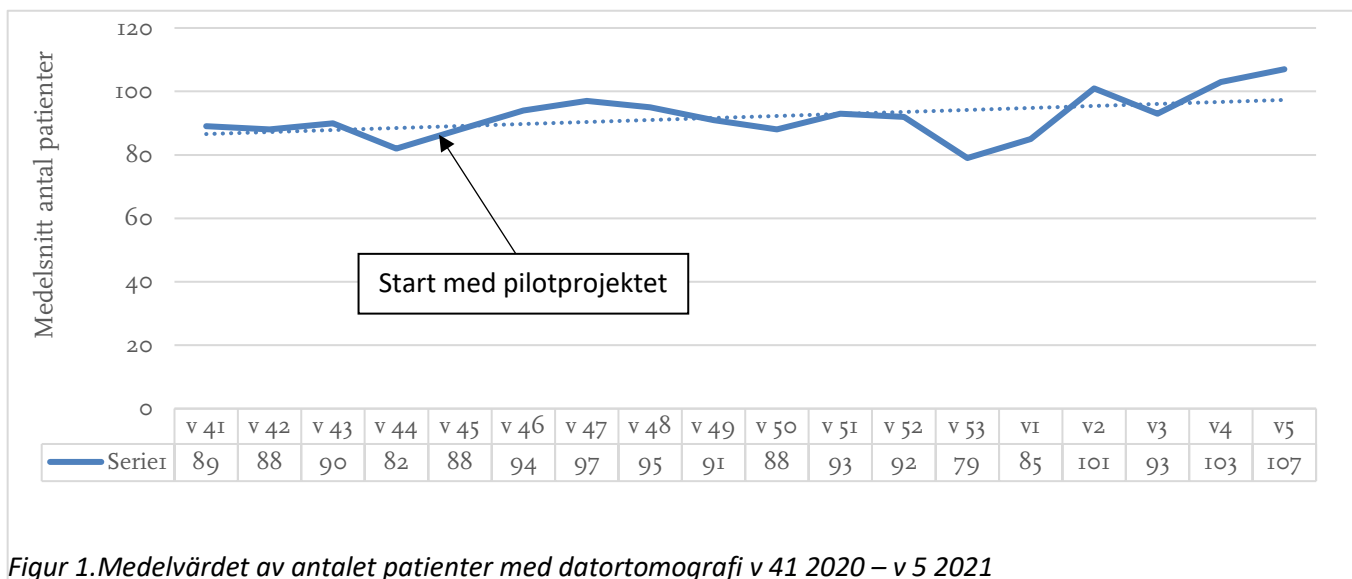
Förändringsteamet mätte antal genomförda datortomografiundersökningar med kontrastmedel. Detta gjordes som ett pilotprojekt inledningsvis i verksamheten. Baslinjemätningen utgick ifrån data som var en månad före förändringen.

### Resultat

Förändrade rutiner och arbetssätt kan evt. öka produktiviteten vid en datortomografiundersökning med kontrastmedel men det är svårt att säkerställa just nu på grund av ökat inflöde av akuta remisser under covid-19 pandemin samt rekryteringsvårigheter. Resultatet visar en svag uppåtgående trend, se figur 1. Pilotprojektet för denna förändring inleddes med en rekryteringsprocess som pågår även idag för att bemanna FBE. Patienter som undersöktes via FBE har fyllt i en enkät efter genomförd undersökning. Resultatet finns presenterat i figur 2.

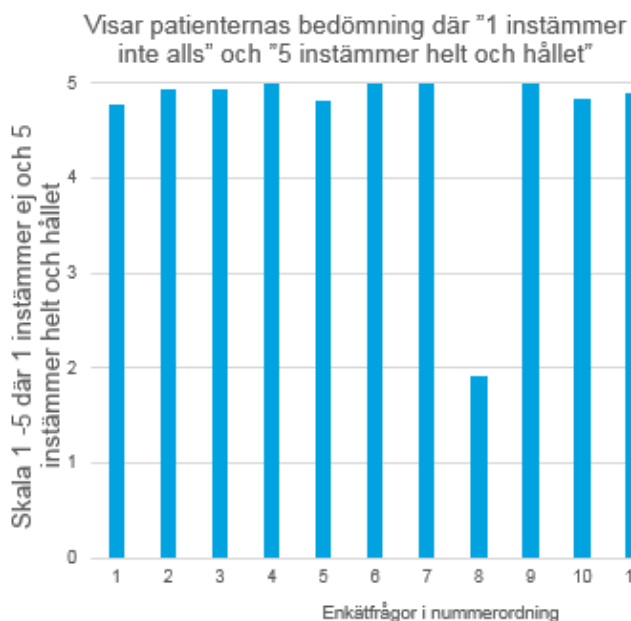
### Nästa steg

Nästa steg i förbättringsarbetet innebär att skapa en stabil bemanning och skapa en hållbar förändring genom att permanenta/införa förändring på alla vardagar för att öka produktivitet med bibehållen god patientupplevelse.



Figur 1. Medelvärdet av antalet patienter med datortomografi v 41 2020 – v 5 2021

## Enkätresultat av patienter



### Enkätfrågor

1. Fick du besöka mottagningen/ enheten inom rimlig tid?
2. Bemötte vårdpersonalen dig med medkänsla och omsorg?
3. Fick du möjlighet att ställa de frågor du önskade?
4. Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod?
5. Om du ställde frågor till personalen, svarade personalen med medkänsla och engagemang?
6. Fick du tillräckligt med information om din undersökning?
7. Fick du tillräckligt med information om kontrastmedel och upplevelsen av kontrastmedelinjektion?
8. Hade du önskat att du blivit mer delaktig i besluten beträffande din undersökning?
9. Förklarade vårdpersonalen undersökningen på ett sätt som du förstod?
10. Upplevde du att atmosfären på mottagningen/enheten var bra?
11. Skulle du rekommendera mottagningen/enheten till någon i din situation?
12. Hur upplevde du besöket som helhet?

Figur 2 Enkätresultat av patienter efter genomförd undersökning under testperiod (8 dagar, n=40)

### Faktaruta

Namn: Gökhan Kesen

Email: [gokhan.kesen@sl.se](mailto:gokhan.kesen@sl.se)

Arbetsgivare: Karolinska Universitetssjukhus Huddinge

Enhet: Bild och Funktion



## Kan fysisk aktivitet på recept (FaR) påverka grad av fysisk aktivitet hos barn med obesitas?

### Bakgrund

Barnobesitasregistret i Sverige (BORiS) visade att barn med obesitas hade en låg grad av fysisk aktivitet utifrån FysAktivitetstrappan (figur1). I en länsdel inom Region Jönköpings län hade 55% av aktuella barn i obesitasbehandling under 2019-2020, ingen regelbunden pulshöjande aktivitet på fritiden, där 25% ansågs sig som stillasittande. Barnsjuksköterskor saknade ett strukturerat verktyg för att initiera, ordinera och följa upp fysisk aktivitet som en del i obesitasbehandlingen. I ett samverkansprojekt mellan hälso- och sjukvård, kommunal verksamhet och civilsamhälle, med syfte att öka den fysiska aktiviteten hos barn med obesitas, infördes FaR på en barn- och ungdomsmedicinsk mottagning i aktuell länsdel.

**“Childhood obesity is one of the most serious global public health challenges of the 21st century, affecting every country in the world”**

- World health organization, 2018



### Patient-/brukar-/kundinvolvering

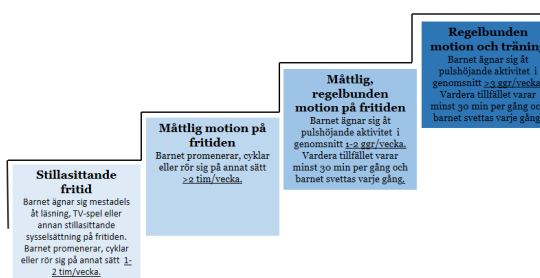
Fysisk aktivitet på recept (FaR) utgår från patientens diagnos, intressen och förutsättningar och bestäms tillsammans med patient och närstående. För att FaR ska fungera som ett stöd i utformningen av en behandlingsplan med rätt angivna ordinationer förutsätts att detta görs i samskapande i varje enskilt fall.

### Syfte och Mål

Öka fysisk aktivitet hos barn med obesitas. Genom FaR fånga in barn och unga med obesitas men även familjens förutsättningar, intressen och motivation till fysisk aktivitet och utifrån dessa utforma en individanpassad förskrivning.

#### SMART mål

Samtliga barn med obesitas i urvalet som fått FaR förskrivet skulle efter 12 veckor ökat minst ett steg i FysAktivitetstrappan. Detta skulle vara uppnått senast 30 april 2021.



Figur 1. FysAktivitetstrappan

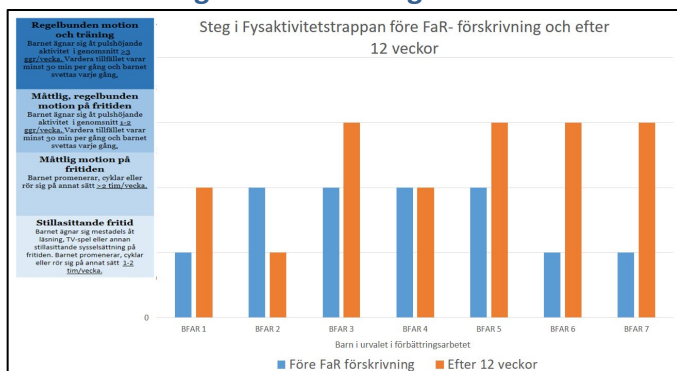
### Balanserat mått

Andel föräldrar som efter FaR-förskrivning, angett i uppföljande skattningar att hänsyn i *Ganska stor* eller *Stor omfattning* har tagits till barnets förutsättningar i samband med förskrivning av FaR.

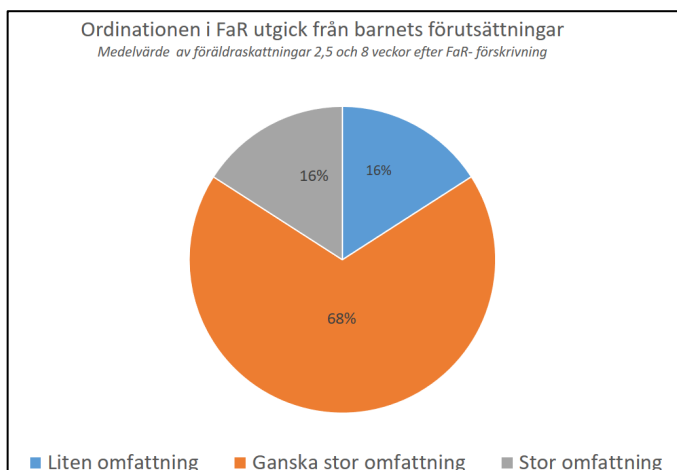
### Förändringsidéer

- Införa FaR på barn- och ungdomsmedicinsk mottagningen.
- Förskriva FaR till barn och unga med obesitas genom att identifiera förutsättningar och intressen.
- Utforma samtalsunderlag vid uppföljning
- Designa barnanpassad FaR-blankett
- Konkretisera samverkan med civilsamhälle

## Blev förändringarna förbättringar?



**Diagram 1.** Fysisk aktivitet hos barnen i urvalet, före och 12 veckor efter FaR-förskrivning



**Diagram 2.** Föräldraskattning av omfattning av hänsyn till barnets förutsättningar har tagits i samband med FaR-förskrivning.

## Resultat

Under perioden dec 2020-april 2021 förskrevs totalt 21 FaR till barn i åldern 9-16 med obesitas. Av dessa gjordes urval utifrån samtycke till deltagande i förbättringsarbete, ålder och att barnen skulle hinna genomföra ordination och uppföljning under 12 veckor. Fem av sju barn i urvalet ökade 1-2 steg i FysAktivitetstrappan 12 veckor efter FaR-förskrivning. Fyra barn hade efter 12 veckor en regelbunden pulshöjande aktivitet 1-2 ggr/vecka. FaR hade hos ett barn inte någon påverkan och ett barn hade minskat sin fysiska aktivitet (Diagram 1). I föräldraskattning 2, 5 och 8 veckor efter förskrivning angavs i medeltal 84%, att ordinationen utgått från barnets förutsättningar i *Stor omfattning* eller *Ganska stor omfattning*. Resterande 16% skattade att hänsyn hade tagits i *Liten omfattning* (Diagram 2).

Detta förbättringsarbete visar att FaR som en metod att öka fysisk aktivitet hos barn med obesitas, kan ha en viss effekt. Ordination behöver ta hänsyn till barnets diagnos, förutsättningar och intressen. Vilket visas i ganska stor eller stor omfattning har tagits i de flesta fall, i samband med uppföljning. För att kunna vidareutveckla FaR som en behandlingsinsats inom barnobesitasbehandling behöver barnsjuksköterska förskriva fler FaR. Detta för att få mer erfarenhet kring metoden och kunna följa upp patient- och professionsnyttan.

## Nästa steg

Metoden FaR kommer under året succesivt breddinföras på övriga barn- och ungdomsmedicinska mottagningar inom Region Jönköpings län. För att fånga barnets delaktighet i utformning av ordination behöver samtalstekniker ytterligare utvecklas. Arbetet med en målgruppsanpassad FaR-blankett har påbörjats och kommer under hösten 2021 återupptas. Dialog med kommunala verksamheter och civilsamhälle har initierats och fortsätter under året.

### Faktaruta

Namn: Anna Larsson

Email: [anna.d.larsson@rjl.se](mailto:anna.d.larsson@rjl.se)

Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Barn- och ungdomsenheten

## Bättre sjukdomskontroll och hälsa för patienter med KOL och eventuell samsjuklighet genom strukturerad läkaruppföljning i primärvården.

### Bakgrund

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en folksjukdom där behandlingsriktlinjer innehåller regelbunden uppföljning hos läkare. Arbetsättet har inte sett ut så på den aktuella vårdcentralen. Många som lever med KOL har också flera andra långvariga sjukdomar. Det saknas rutiner och riktlinjer för hur läkaruppföljning av flera samtidiga sjukdomar ska planeras och genomföras.

### Syfte, Mål och patientinvolvering

Det övergripande syftet var att patienter med KOL ska erbjudas vård som bidrar till bättre sjukdomskontroll. Syftet med det specifika förbättringsarbetet var att testa olika arbetsätt för läkaruppföljning av patienter med KOL och eventuell samsjuklighet med fokus på högt blodtryck, diabetes och hjärtsvikt för att nå bättre sjukdomskontroll och hälsa för patienterna. Patienter och närstående till patienter med KOL och eventuell samsjuklighet bjöds in till ett patientråd för att berätta om sina önskemål om förbättringar av vården.

### Förändringsidé

På sikt införa årlig strukturerad läkaruppföljning av alla patienter med KOL på vårdcentralen. I förbättringsarbetet prova två arbetsätt där några patienter får prova att följa upp enbart KOL och några andra får prova att följa upp KOL och en eller flera andra långvariga sjukdomar vid samma läkarbesök.

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

Uppföljning av KOL med strukturerade läkarbesök antogs kunna leda till bättre sjukdomskontroll för patienterna. För att mäta den patientupplevda symtomkontrollen fick alla patienter skatta sina symtom med det validerade formuläret COPD Assessment Test (CAT). Det långsiktiga målet var att minst 50 procent av patienterna med diagnosen KOL på vårdcentralen ska ha ett CAT-värde under 10 vilket motsvarar god symtomkontroll, senast 2020-12-31. Förbättringsarbetets mål var att under perioden oktober 2018 t.o.m. januari 2019 erbjuda minst sex patienter läkarbesök för uppföljning av KOL och minst sex patienter erbjudas uppföljning av både KOL och en eller flera av sjukdomarna högt blodtryck, diabetes och hjärtsvikt på samma besök. 100 procent av patienterna skulle erbjudas personcentrerad vård och bedömning med stöd av aktuella checklistor för respektive sjukdom. Senast 2019-12-31 skulle en tydlig struktur finnas för uppföljning av samtliga patienter med KOL. För att mäta vad som gjordes på läkarbesöken, räknades antalet kontrollerade punkter på varje sjukdoms checklista (behandlingsriktlinjer) genom en journalgranskning.

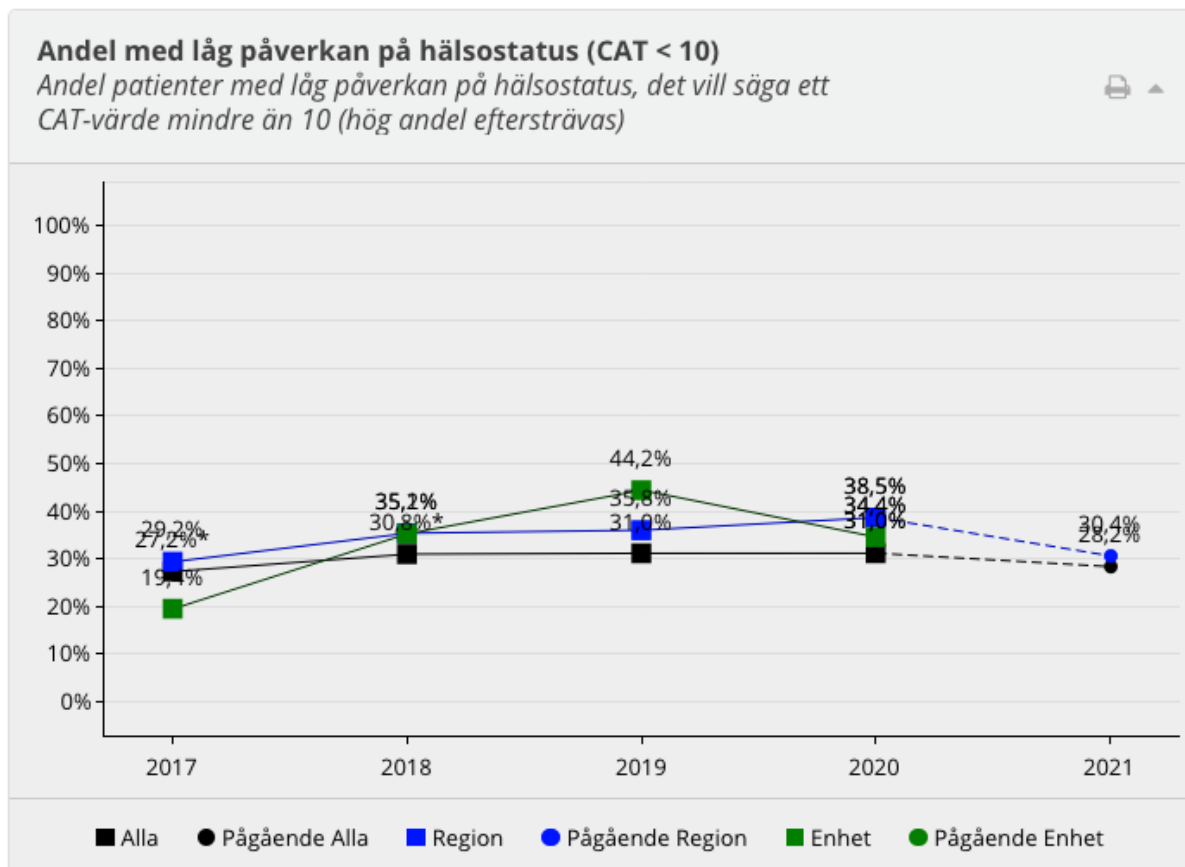
### Resultat

Patienter som fick flera sjukdomar kontrollerade vid samma besök fick en lägre andel av de sammanlagda checklistornas punkter kontrollerade än de som enbart var planerade för uppföljning av KOL. Andelen kontrollerade punkter var lägre för KOL än för alla sjukdomar sammanräknade, för de patienter som fick flera sjukdomar uppföljda (Tabell 1).

Tabell 1. Antal och andel kontrollerade punkter på respektive sjukdoms checklista.

	PDSA 2 - Patienter med KOL	PDSA 3 - Patienter med KOL och samsjuklighet
KOL	Genomsnitt 10,6 punkter (71%) av totalt 15.	Genomsnitt 5,4 punkter (36%) av totalt 15.
Alla sjukdomar	-	6 till 14 av totalt 15 till 28 punkter på alla checklistor sammanräknade (25 – 80% eller i genomsnitt 45%).

Alla patienter fick en CAT-blankett med kallelsen till besöket, varav två fick CAT-värdet journalfört. Tanken var att skicka ut nya CAT-blanketter efter 3 månader men så blev det inte p.g.a. ett längre avbrott i arbetet. CAT går dock att följa på gruppnivå i Luftvägsregistret (Figur 1) där man ser att andelen patienter med ett CAT-värde <10 ökade åren 2017 till 2019 från 19,4% till 44,2% men sjönk 2020 till 34,4%. Den minskade andelen skulle kunna bero på förändrade arbets sätt i samband med covid-19-pandemin.



Figur 1. Andel registrerade patienter med CAT <10 i Sverige (svart), Region Sörmland (blått), Vårdcentralen City Eskilstuna (Grönt) åren 2017-2021 i Luftvägsregistret (2021).

### Nästa steg

Det var svårt att väga sjukdomsspecifik vård mot personcentrerad vård när samma patient har flera kroniska sjukdomar. Både läkare och de flesta patienter var överens om att det bör vara möjligt att ta upp flera saker vid samma besök men att försöka hantera fler än två eller tre saker under samma besök riskerar att bli rörigt. Det finns ett behov att vidare testa hur icke önskvärd nedprioritering av KOL till förmån för samsjuklighet kan minskas utan att tappa fokus på helheten. Idéer att arbeta vidare med är att prova att följa upp patienter med KOL med CAT-blanketter per brev eller på sikt via inloggning på 1177, att använda fler balanserade mått med större fokus på patientupplevd hälsa i förbättringsarbeten som rör patienter med multisjuklighet och att prova hur Primärvårdskvalitets indikatorer för samsjuklighet kan användas i förbättringsarbeten som rör patienter med multi-/samsjuklighet i primärvården.

### Faktaruta

Namn: *Lena Lokrantz*

Email: *lena.lokrantz@regionsormland.se*

Arbetsgivare: *Region Sörmland*

Enhet: *Vårdcentralen City Eskilstuna*

# Kan strukturerade samtal med teknikstöd (DIALOG+) öka patienternas delaktighet i psykosvård?

## Bakgrund

Varje år insjuknar 1500 – 2000 personer i schizofreni. Sjukdomen medför svårigheter att klara sin dagliga livsföring och medicineringen medför ofta svåra biverkningar. Personer med schizofreni dör 10 - 15 år tidigare än befolkningen i övrigt. Det är en utmaning för svensk psykosvård att göra patienter med kognitiva funktionsnedsättningar delaktiga i sin behandling. Dialog+ är en digital plattform som möjliggör att patienter tillsammans med sin behandlare kan skatta sitt mående och upplevelse av vård, samt adressera sina problem med hjälp av en lösningsfokuserad metod, vilket möjliggör att man tillsammans kan komma fram till konkreta åtgärder. Dialog+ har testats på två öppenvårdsmottagningar i Göteborg.

## Patient-/brukar-/kundinvolvering

Schizofreniförbundet fick information om Dialog+ och patienter och närstående kom med synpunkter på i vilken utsträckning de tror att metoden kan bidra till nytta, samt på vilket sätt metoden skiljer sig från sedvanliga patientsamtal. Kontakten med Schizofreniförbundet har genererat ett samarbete kring hur metoden kan spridas till fler verksamheter.

## Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet var att öka patienternas delaktighet i patientsamtal genom att skapa struktur, möjliggöra skattning och utvärdering av patienternas mående. Detta genom att anpassa och utveckla ett digitalt stöd och fortbilda personal i arbetsmetoden.

Målsättningar formulerades utifrån förbättringsarbetets fyra faser:

1. Genom design och utveckling av ett digitalt stöd och en samtalsmetod skapa en tydlig struktur för patientsamtal som kan öka patientens delaktighet och möjliggöra att behandlare och patienter kan utvärdera patientens vård och behandling över tid inom psykosöppenvården på Sahlgrenska Universitetssjukhuset under hösten 2020.
2. Genom utbildning av 6 - 8 personal från två öppenvårdsmottagningar möjliggöra testning av Dialog+ med patienter under våren 2021.
3. Genom metodhandledning av utbildad personal säkerställa att metoden används på rätt sätt och möjliggöra utbyte av erfarenheter som kan leda till nya kunskaper under våren 2021.
4. Genom att 6-8 personal testar metoden ihop med 30-40 patienter ta reda på vad patienterna har för behov av stöd och önskar prata om under samtalet och jämföra med sedvanliga patientsamtal under våren 2021.

## Förändringsidé

Det digitala stödet utvecklades utifrån en engelsk förlaga och en engelsk manual översattes till svenska. När en första prototyp fanns klar gjordes användartestning och expertutvärdering av applikationen för att få information om vilka korrigeringar som behövde göras innan en första skarp version kunde sättas i bruk. 17 personal erhöll en heldagsutbildning i metoden och dessa personer erbjöds även handledning i metoden under testningen som skedde med riktiga patienter. Förbättringsarbetets olika faser illustreras i bilden nedan:

Utveckla ett digitalt stöd

Utbildning i metoden

Personal och patienter  
testar metoden

Handleda personal i  
metoden

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

När arbetssättet har presenterats för personal har det tagits emot positivt. Fem behandlare har påbörjat testning på patienter och lämnat skriftliga kommentarer på sina första intryck av att använda, och patienternas uppfattning av att arbeta med metoden. Resultaten är lovande men behöver säkerställas.

Just nu inväntar vi att tillräckligt många behandlare ska använda Dialog+ i utsträckning nog för att kunna göra en fokusgruppsintervju.

## Resultat

Under utvecklingen av det digitala stödet har två personer agerat expertutvärderare av den tekniska lösningen, dels genom en *heuristisk utvärdering* och en *kognitiv walk-through*. Detta för att säkerställa att applikationen inte innehöll några fel, men också att användargränssnittet upplevdes enkelt, intuitivt och visuellt tilltalande. Utvärderarna gav också förslag på korrigeringar som slutligen genererade i en första skarp version av det digitala stödet.

Utbildningen utvärderades av 13 av totalt 17 deltagare. Som helhet skattade deltagarna nöjdhet med utbildningen till 8,1 av 10. Deltagarna gav tips på korrigeringar till nästa utbildning och sammantaget svarade samtliga att dem skulle rekommendera utbildningen till en kollega.

Än så länge (2021-05-03) är metoden testad av 5 behandlare och 13 patienter. Medeltiden för en Dialog+-session ligger på 35 minuter. Dessa fem behandlare har fått lämna skriftlig information om deras första intryck av att arbeta med metoden. Både behandlare och patienter upplever att arbetssättet skapar bättre struktur i patientsamtalet. Behandlare upplever att arbetssättet ger stöd för att mer aktivt arbeta med patientens målsättningar och önskemål om förändringar, samt skapar nya möjligheter att kunna följa upp patientens vård och behandling över tid. Flera behandlare och patienter beskriver också arbetssättet som lätt att använda och att det är roligt att arbeta på det här sättet.

Resultat som återstår att samla in:

- Fokusgruppsintervju med personal hur de uppfattar att arbeta med Dialog+. Fokus i intervjun ligger på hur dem uppfattar innehållet i metoden, d.v.s skattning/samtalsmetod och uppföljning. Vidare ligger en stor tyngd i intervjun på att ta reda på hur det här arbetssättet skiljer sig från tidigare arbetssätt och hur Dialog+ stödjer samskapande, *Co-production*.

## Nästa steg

Arbetet har väckt ett enormt intresse. Flera verksamheter vill påbörja testning. Även på nationell och regional nivå finns intresse i att data från Dialog+ skulle kunna ligga till grund för patientrelaterade utfallsmått. Schizofreniförbundet är angelägna om att det ska ske en spridning av Dialog+ till socialpsykiatrin. I ett första skede kommer vi under 2021 intervjua patienter för att ta reda på deras uppfattning av att arbeta med metoden, samt påbörja testning i andra psykiatriska verksamheter.

## Faktaruta

Namn: <i>Marcus Lundmark</i>	Arbetsgivare: <i>Sahlgrenska Universitetssjukhuset</i>
Email: <i>marcus.lundmark@vgregion.se</i>	Enhet: <i>Psykiatri/Psykos</i>

# Förbättring av genomförandeplaner för barn med funktionshinder genom co-design med familjerna

## Bakgrund

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

## Kundinvolvering

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

## Syfte och Mål

*Förbättringsarbetets* syfte är att säkerställa att familjens behov blir tillgodosedda i dem nya uppdaterade genomförandeplaner som personalen upprättar tillsammans med föräldrarna och att insatserna skall bli mer effektiva. Målet med förbättringsarbetet var att säkerställa att familjens behov beaktades och tillgodoses genom att:

- Involvera föräldrar i uppförandet av genomförandeplaner tillsammans med personalen för att höja delaktigheten för föräldrarna. Detta mäts i antalet föräldrar som har varit delaktiga i möten samt antal inkomna avvikelser gällande GFP.
- Avvikelserna avseende missnöjet kring GFP, detta kommer att mätas över tid (sep-april) och 100% av dessa avvikelser skall minska under och efter förbättringsarbetet.

## Förändringsidé

Det som utfördes och som blev skillnaden var att personalen och föräldrarna genom co-design samskapade gemensamt de nya genomförandeplaner som var individanpassade för just deras barn. Familjerna och personalen utbytte kunskap, erfarenheter och samskapade ett nytt hållbart arbetssätt avseende genomförandeplanerna.

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

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

## Resultat

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

## Nästa steg

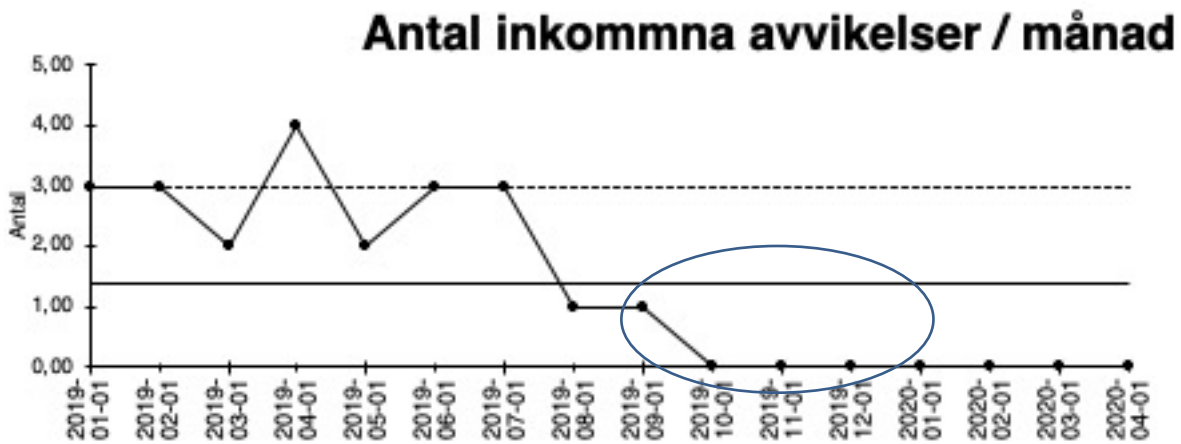
Framöver är tanken att fortsätta på samma spår i form av regelbundna möten med familjer för att bibehålla det nyskapade arbetssättet och den goda kommunikationen för vidare utveckling av barnens GFP.

## Faktaruta

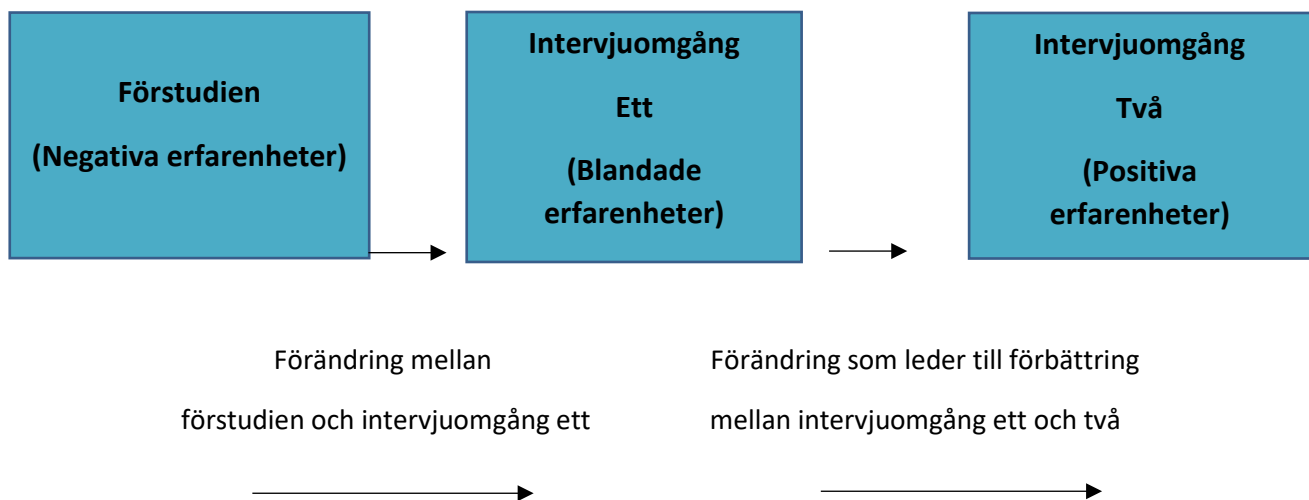
Namn: *Omar Muratbegovic* och email: *o\_muratbegovic@hotmail.com*

Arbetsgivare: Halmstad kommun

Enhet: *Boende och korttid*



Figur 1: Styrdiagram (XmR) som visar mätning över tid (inkomna avvikelser) där y axeln visar antal inkomna avvikelser (dvs missnöje med GFP) medan x axeln visar tiden.



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



## Utveckling av en smidigare vårdprocess för patienter som behöver opereras på grund av perianalabscess.

### Bakgrund

Perianalabscess är ett tillstånd där inflammation och varbildning uppstår i körtlar i och omkring ändtarmen vilket inte bara gör ont utan kan leda till livshotande blodförgiftning om inget görs. Patienter drabbade av smärttillstånd i ändtarmsområdet kommer till akutmottagningen och ordineras, utifrån allvarlighetsgrad, olika behandlingar. Den vanligaste behandlingsmetoden, kirurgisk öppning av bölden med dränering, utförs i narkos inom 2-72 timmar.

*"Jag väntade länge på att få träffa en läkare, nästan 7 timmar och jag hade mycket ont, fick morfin lite för sent också"*

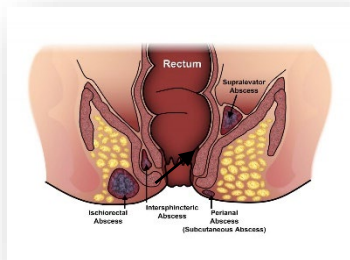
(patient som opererats för perianalabscess, hämtat från fritext i patientenkät)

Den planerade kirurgin som pågår dagtid på Operationservice Kirurgis operationssalar är riktad till i huvudsak högprioriterad cancerkirurgi. Kirurgin berör svårt sjuka patienter och är ofta komplicerad vilket inte är förenligt med dagkirurgi; slutenvårdsplatser tas därför i anspråk över många vårddygn. Dagkirurgisk verksamhet har därför inte förekommit på operationsavdelningen. Önskemålen från de opererande specialiteterna om ökad dagkirurgi har framkommit. Ökad dagkirurgi kan innebära att en mindre smärtsam behandling uppnås för patienterna genom en kvalitetssäkrad vård och ett snabbare vårdförlopp.

### Patientinvolvering

Att involvera patienterna i den egna vården vid akuta tillstånd är svårt. I detta förbättringsarbete har involveringen handlat om uppföljning av hur patienterna upplevt vården. Det har skett genom en patientenkät.

### Syfte och mål



Målet är att på Operationservice Kirurgi SUS, Malmö genomföra resurseffektiva dagkirurgiska ingrepp för akuta patienter med diagnos perianalabscess med behov av operation från 0 dagar till 5 dagar/vecka- måndagar till fredagar i mars 2021.

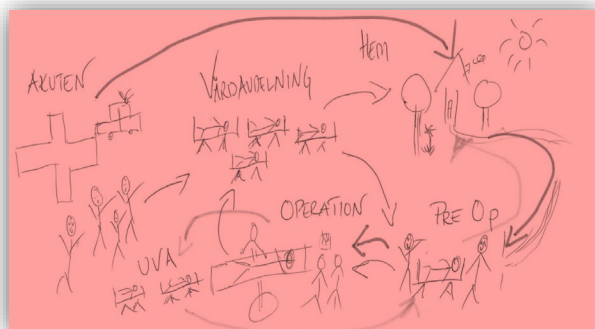
### Förändringsidé

Om patienten kan förberedas på akuten med god smärtstillning, information och nödvändig preoperativ bedömning av narkosläkaren innebär det att patienten kan välja att vänta hemma. Det i sin tur leder till att slutenvården inte behöver belastas och patienterna kan komma direkt till operationsavdelningen. Ett optimerat flöde genom akuten

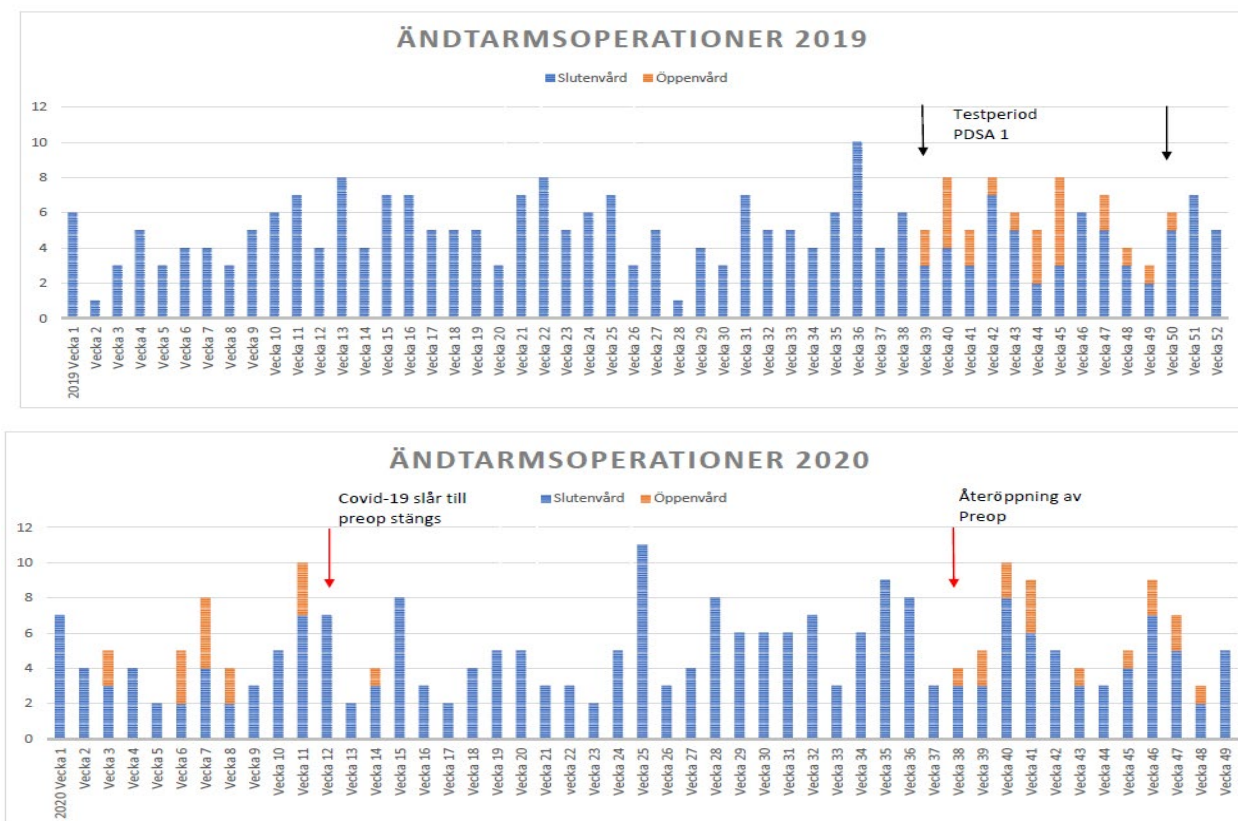
uppnås, vårdplatser kan användas till andra patienter och operationsavdelningen får ett resurseffektivt flöde. Patienten får en smidig vård där varje steg i processen är anpassad efter hennes förutsättningar.

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

Förbättringsarbetet utvärderades genom att jämföra antalet dagkirurgiska ingrepp per vecka på enheten före och efter förändringen.



## Resultat



Det övre diagrammet visar antal utförda ändtarmsoperationer/vecka under 2019, baslinjemätning mellan V1-V38; V39 genomfördes en testperiod efter det utvecklade vårdprogrammet, kallat snabbspår för patienter med perianalabscess. Det undre diagrammet visar samma veckor år 2020. Baslinjemätningen var viktig: den låg till grund inför bedömning av om tilldelat utrymme för dagkirurgiska patienter skulle vara tillräckligt och inte skapa bromsklossar i det totala akutuppdraget. Under testperioden v39-50 öronmärktes operationsutrymme för projektet: första tiden på morgonen måndag-fredag.

Analys: Genom att de dagkirurgiska patienterna erbjudits att sova hemma inför operation med individuellt anpassad smärtlindring har processen blivit smidigare för patienterna. Planerat operationsutrymme för dagkirurgiska ingrepp på enheten har varit tillräckligt. V12 år 2020 slog pandemin till varför den preoperativa avdelningen fick stänga. V 38 öppnade den preoperativa avdelningen igen och det nyutvecklade vårdprogrammet för dagkirurgi vid perianalabscess kunde framgångsrikt återinföras. Tyvärr fick arbetet åter pausas hastigt i V49 då antalet patienter med covid -19 i behov av intensivvård ökade med pandemins andra våg. Enheten planerar att återuppta arbetet enligt vårdprogrammet så snart enheten inte behöver bedriva kohortvård av intensivvårdskrävande patienter med covid-19 i lokaler avsedda för preoperativ verksamhet. Vi ser fram emot återöppnande under 2021 med normal verksamhet, förhoppningen är då att den återupptas med samma lätthet som vid återöppnandet V38.

### Nästa steg

Nästa steg blir att inkludera flera patientgrupper där kirurgisk behandling för akuta tillstånd kan överföras från slutenvård till dagkirurgi i samarbete mellan akutmottagningen och operationsavdelningen.

### Faktaruta

Namn: *Helena Nilsson*, email: [helena.e.nilsson@skane.se](mailto:helena.e.nilsson@skane.se)

Arbetsgivare: *Region Skåne, Skånes universitetssjukhus (SUS) Malmö.*

Enhet: *Intensiv- och perioperativ vård (IPV), Operationsservice Kirurgi (OK).*

# Öka patientsäkerheten på intensivvårdsavdelningen genom att förbättra läkemedelshanteringsprocessen

## Bakgrund

Mätningar från Sveriges Kommuner och landsting år 2018 visar att vid 8% av alla vårdtillfällen hade en vårdskada inträffat. Mätningarna visade också att 10% av dessa vårdskador var läkemedelsrelaterade. Patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning löper hög risk att utsättas för läkemedelsfel och en läkemedelsrelaterad vårdskada. Intensivvårdspatienterna erhåller många fler läkemedel jämfört med patienter på vårdavdelning. De flest av dessa läkemedel ges dessutom intravenöst och kräver därför beräkningar av spädningar för injektion och kontinuerlig infusion. Många av läkemedlen som används är också högriskläkemedel så som insulin, cirkulationspåverkande- och sederande läkemedel samt koagulationshämmande läkemedel. På intensivvårdsavdelningen på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge såg vi att en stor del av inkomna vårdavvikelser var läkemedelsrelaterade och vi ville därför se om vi kunde öka patientsäkerheten i läkemedelshanteringsprocessen.

## Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet är att utveckla arbetsätt och rutiner som främjar en säker läkemedelshanteringsprocess för sjuksköterskorna på intensivvårdsavdelningen.

Det övergripande målet för förbättringsarbetet är att minimera risken för att patienter ska drabbas av en läkemedelsrelaterad vårdskada.

**SMART mål:** Antal läkemedelsrelaterade vårdavvikelser per månad ska ha minskat med 60% vid utgången av april månad 2020.

## Förändringsidé

Det är ofta tekniska lösningar som beskrivs i litteratur för att minska antalet läkemedelsfel. I detta förbättringsarbete lades istället fokus på sjuksköterskans arbetsätt och rutiner som kan främja en säker läkemedelshandling då vi redan använder olika tekniska lösningar. Nolans förbättringsmodell har legat som grund för utförandet av förbättringsarbetet och de förändringar som infördes var:

- Gemensam läkemedelsavstämning vid passbyten
- Strukturerad läkemedelsgenomgång med sjuksköterska och läkare på rondan
- Försöka minska störningar vid sjuksköterskans iordningställande av läkemedel

Medarbetarna har kontinuerligt fått information och regelbunden återkoppling av mätresultat.

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

Antal läkemedelsrelaterade vårdavvikelser har följts innan, under och efter förbättringsarbetet. Mätningar över följsamhet till de införda nya arbetsätten samt andel korrekta läkemedelsinfusioner har också följts kontinuerligt under förbättringsarbetet.

## Resultat

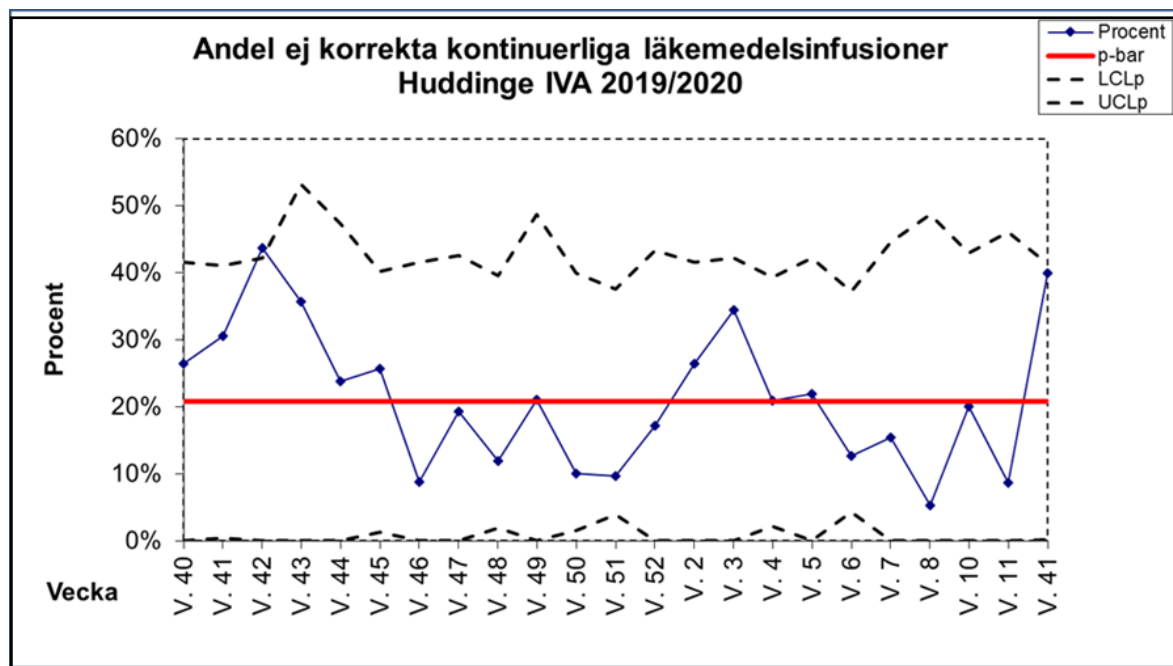
Initialt sågs en förbättring av andel ej korrekta läkemedelsinfusioner under tiden förbättringsarbetet pågick. Coronapandemin medförde ett abrupt avslut av förbättringsarbetet i februari/mars 2020. Antal läkemedelsrelaterade vårdavvikelser ser ut att ha minskat sedan förbättringsarbetets start men resultatet är svårbedömt då coronapandemin kom att påverka vården och arbetsbelastningen på intensivvårdsavdelningen väldigt mycket.

## Nästa steg

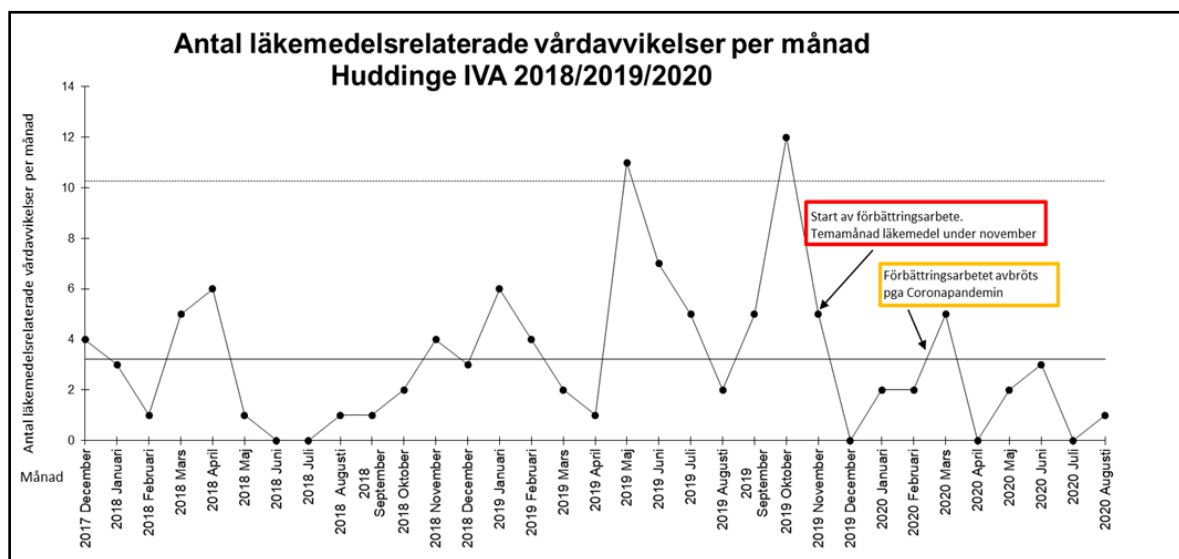
Många medarbetare har efterfrågat fortsatta mätningar och återkopplingar av mätresultat för att förbättra

resultaten och få till bestående förändring. Planer finns på att återuppta detta när vården av Covid-19 patienter avtar.

## Bilaga 1 – Mätningar



Figur 1. Mätning över ej korrekta kontinuerliga läkemedelsinfusioner per vecka.



Figur 2. Mätning över antal läkemedelsrelaterade vårdavvikelser per månad.

## Faktaruta

Namn: Malin Perers

Email: malin.perers@sll.se

Arbetsgivare: Karolinska Universitetssjukhuset

Enhet: Intensivvårdsavdelningen i Huddinge

## Samordnad ledning och styrning på mesonivå under pandemi. Region- och kommungemensam krisledning för vård och omsorg

### Bakgrund

Våren 2020 spreds covid 19-pandemin också till Östergötland. Situationen var svårbedömd och det saknades kunskap om effektiva metoder för att stoppa smittspridningen. Samtidigt var både testkapacitet och tillgång till skyddsutrustning begränsad. Förbättringsarbetet handlade om att på mesonivå snabbt hitta och testa gemensamma åtgärder för att hindra smittspridning samt bygga upp och dela kunskap. Genom förbättringsarbetet, som bland annat innebar att befintlig läns-gemensam ledningsgrupp ombildades till krisledningsgrupp i mars 2020, agerade chefer/ledare inom vård och omsorg i Region Östergötland och länets tretton kommuner samordnat för att hindra smittspridningen.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Våren 2020 var det totalt drygt 22 000 personer som behövde vård- och omsorgsinsatser i Östergötland. Kundinvolvering har skett indirekt. Fokus sattes på de interna kunderna, de verksamheter inom vård och omsorg vars uppgift var att skydda brukare och patienter från att smittas.

### Syfte och mål

Förbättringsarbetets syfte var att hitta och testa åtgärder på meso-/ledningsnivå för att hindra covid-19 från att nå riskgrupper, vilka framförallt fanns inom kommunal vård och omsorg. Smart mål: Innan midsommarafton 2020 skulle Ledningsgrupp vård och omsorg (LGVO) ha startat test av minst tio åtgärder för att stoppa smittspridningen.

### Förändringsidé

Förändringsidéer testades kopplat till tre områden: samordna ledning och styrning i kris (t ex krisledningsmöten varje vecka tillsammans med Länsstyrelsen och smittskyddsläkare), undanröja hinder för smittskydd (t ex prioritera provtagning utifrån kapacitet, tillgång skyddsutrustning, gemensamma mobila team, särskild kohortvård, läsbehörighet för kommunsjuksköterskor i regionens journalsystem) samt mäta gemensamma kvalitetsmått för lärande och förbättring.

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

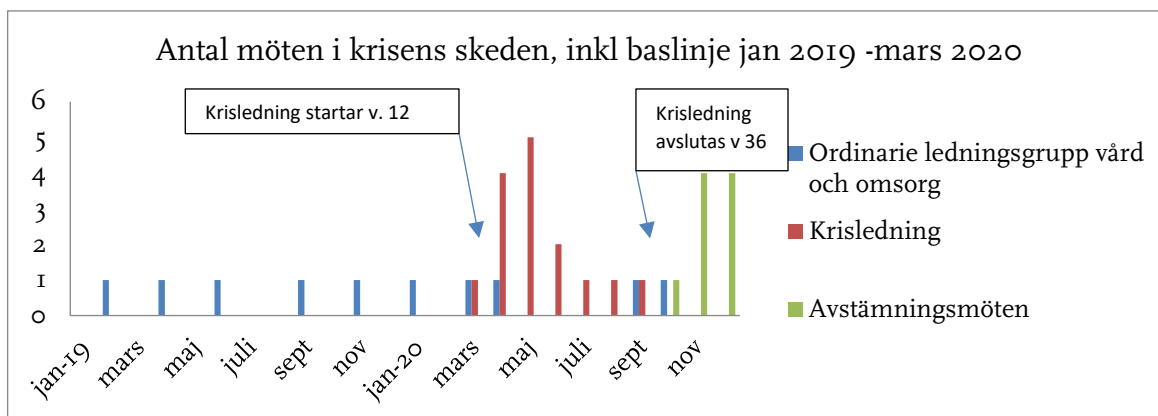
Under förbättringsarbetet anpassades mötesfrekvensen/pulstakten för att ge förutsättningar att fatta snabba gemensamma beslut, se figur 1. Prioriterade aktiviteter följdes upp kontinuerligt. Mall med gemensamma kvalitetsmått togs fram och följdes veckovis, se figur 2. Därmed kunde bland annat mönster för smittspridning följas, se figur 3, och kunskap om mönster användas i kontinuerligt förbättringsarbete. Förbättringsarbetets resultat studerades därefter genom en kvalitativ studie.

### Resultat

Målet nåddes. (1) LGVO ombildades till krisledning och inkluderade Länsstyrelsen och smittskyddsläkare, (2) hade täta möten, (3) deltog i möten med regional inriktnings- och samordningsfunktion (ISF), (4) utökade arbetsutskott (au), (5) au deltog i ISF. (6) Scenariegrupp etablerades. (7) Gemensamma hembesöksteam, (8) kohortvård och (9) fungerade hjälpmedelsprocess skapades. (10-11) Provtagningsrutiner anpassades efter provtagningskapacitet och lösningar för att öka mobil kapacitet testades. (12) Standardsortiment i kommunala läkemedelsförråd kvalitetssäkrades. (13) Gemensam mall för kvalitetsmätningar togs fram och mätningar skedde varje vecka. (14) Skyddsutrustning säkerställdes genom samverkan i flera PDSA-cykler.

### Nästa steg

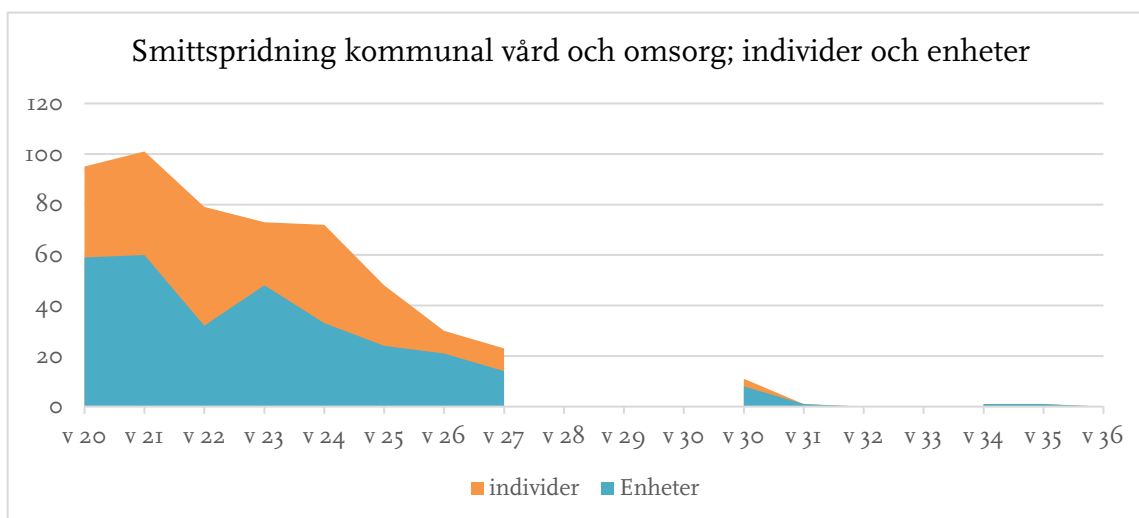
Nästa steg blir att sprida kunskap om förbättringsarbetets resultat, som grund för ökad gemensam beredskap att möta liknande utmaningar i framtiden. En viktig lärdom är att med ett tydligt gemensamt mål underlättas processen att hitta och testa åtgärdsförslag i krisläge, vilket gör att en svår situation kan hanteras samordnat. Systematisk mätning och visualisering underlättar arbetet.



Figur 1 Pulstakt i mötesfrekvens år 2019-2020

Kvalitetsmått för gemensam uppföljning
Provtagningskapacitet (regionrapporter)
Antal smittade (region- och kommunrapporter)
Antal misstänkt smittade som väntar på svar (kommunrapporter)
Antal och andel kommunala enheter med smitta (kommunrapporter)
Antal inlagda på sjukhus (regionrapporter)
Antal utskrivna från sjukhus (regionrapporter)
Antal IVA (regionrapporter)
Antal avlidna (regionrapporter)
Brist på skyddsutrustning (kommunrapporter)
Bemanningsläge (kommunrapporter)

Figur 2 Kvalitetsparametrar i gemensamma mätningar för lärande. Följdes varje vecka.



Figur 3 Smittspridning i kommunala verksamheter: antal individer och antal enheter med minst en smittad per vecka.

## Faktaruta

Namn: Camilla Salomonsson

Email: tradgardochboksamling@gmail.com

Arbetsgivare: Linköpings kommun

Enhet: Ledningsgrupp vård och omsorg i Östergötland

## Nationell palliativ vårdplan, NVP - Ökad livskvalitet i livets slutskede

### Bakgrund

Internationella studier har visat att det finns ett behov av att studera och utvärdera evidensbaserade vårdplaner för att förbättra vården för människor i livets slutskede. I Sverige har det visat sig att befintliga vårdplaner inom den palliativa vården om hur den enskilda personens behov och önskemål kan tillgodoses inte varit tillräckligt bra. Ett korttidsboende, i en kommun i Värmland, med 11 vårdplatser på avdelning Eken för multisjuka och patienter med palliativa vårdbehov i livets slutskede, behövde förbättra arbetsätt och dokumentation för att hjälpa patienter med palliativa vårdbehov i livets slutskede. Nationell palliativ vårdplan, NVP är utvecklad som både ett kunskapsstöd och ett dokumentationsstöd. Genom sin struktur med viktiga frågeställningar, ökar NVP möjligheten att ge individuellt behovsanpassad vård för varje patient.

### Patient och brukarinvolvering

Efter etiska överväganden ansåg vi det inte lämpligt att patienterna skulle involveras i förbättringsarbetet. Det fanns kännedom om att de är så pass allvarligt sjuka. Däremot är NVP utvecklad som ett underlag som bygger på förståelse för patienternas situation.

### Syfte och Mål

Syftet var att förbättra livskvaliteten för patienter som befinner sig i livets slutskede. Målet för förbättringsarbetet var att innan 31 januari 2021 skulle 100 % av patienterna få skatta symtom och smärta samt ha fått kontinuerlig bedömning av välbefinnande, oro/ångest enligt NVP.

### Förändringsidé

Utgångspunkten i förbättringsarbetet var att förbättra livskvaliteten för patienter med palliativa vårdbehov genom att införa NVP på avdelning Eken. Under förbättringsarbetet justerades och utvecklades arbetsätten och dokumentationen utifrån NVP. Nolans förbättringsmodell med iterativa test i liten skala användes under införandet.

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

Mätningarna som utfördes var andel patienter som skattat symtom och smärta enligt NVP samt andel patienter som bedömts var 4:e timme utifrån välbefinnande, oro/ångest utifrån NVP.

Mätningarna utfördes före, under och efter införandet av NVP. Det möjliggjorde att systematiskt kunna påvisa att symtomskattningar, smärtskattningar och bedömning utifrån välbefinnande, oro/ ångest utförts.

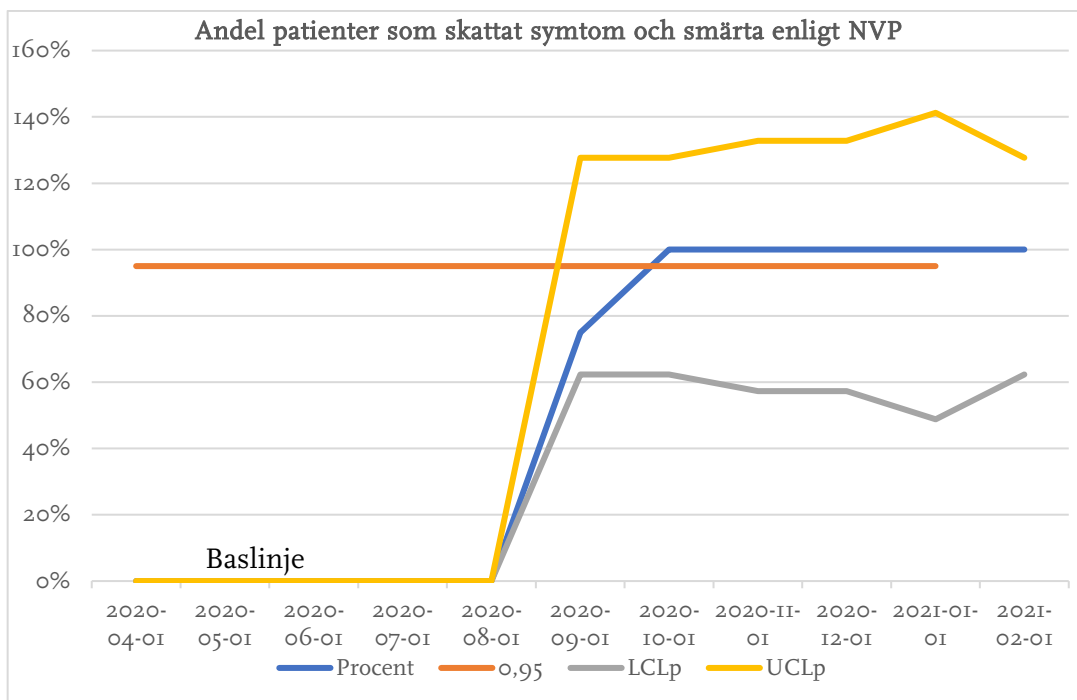
### Resultat

Samtliga mätningar gällande symtomskattning, smärtskattning registrerad i NVP samt kontinuerlig bedömning av välbefinnande, oro/ångest i NVP visade goda resultat (Se fig. på s. 2). Det satta målet på 100 % uppnåddes inte på grund av att en patient inte hann registreras. Uppföljningar har genomförts kontinuerligt i form av möten och mätningar som visade att införandet av NVP fungerat väl. Inga ytterligare justeringar har behövts förutom att antalet möten blivit färre än planerat på grund av rådande pandemi, vilket inte medfört några konsekvenser.

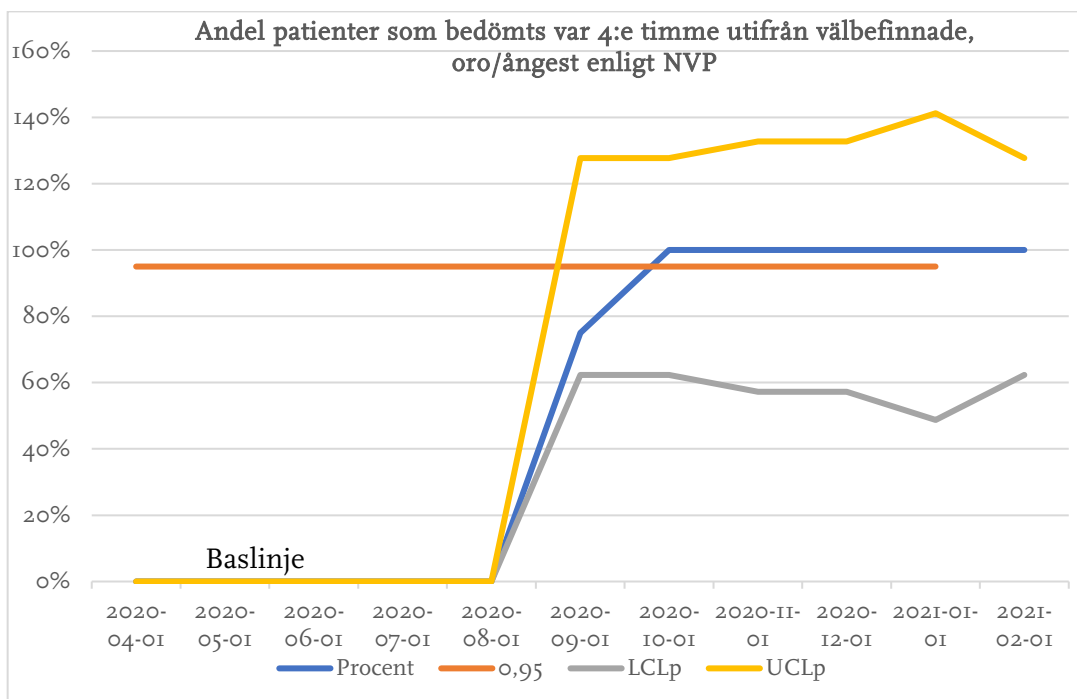
### Nästa steg

Avdelning Eken planerar att fortsätta genomföra förbättringar som bidrar till ökad livskvalitet för patienterna med palliativa vårdbehov. Med fokus på hållbarhet som tillgodoser god livskvalitet för patienternas utförs registrering i palliativa registret och kontinuerliga uppföljningar och mätningar av NVP för att bibehålla uppnådda resultat.

*Bilaga 1 Mätningar*



Figur 1. Styrdiagram över andel patienter som skattat symptom och smärta enligt NVP.



Figur 2. Styrdiagram över andel patienter som bedömts var 4:e timma utifrån välbefinnande, oro/ ångest enligt NVP.

**Faktaruta**

Namn: Helene Yxhammar Jasbetz

Email: helene.yxhammar.jasbetz@outlook.com



# Masterprogrammet i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd

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

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

Vi, hela Jönköping Academys lärarteam, vill varmt gratulera er som just slutfört denna utbildning och kommit i mål! Det har varit en glädje att följa er på denna utvecklingsresa. Ni är viktiga och vi ser fram emot att se er med era nya färdigheter sätta avtryck både lokalt, nationellt och internationellt. Det finns så många gap som ska överbryggas! Ett gap som ni med extra stor bedrift bemästrat är pandemin som gjort sig påmind både i det privata livet, i arbetslivet och i utbildningen.

För den som vill mer, för den som känner att det skaver när vi inte gör vårt allra bästa, är det viktigt att ha goda vänner och ett sammanhang att hämta kraft ifrån. Vi vill gärna att ni, våra deltagare i masterutbildningen och andra intresserade, fortsätter att vara en del av Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare och fortsätter hålla kontakten med oss.

Sofia Kjellström

Professor

Berith Hedberg

Programansvarig