

Årsbok

Master i Kvalitetsförbättring och
ledarskap inom hälsa och välfärd

- Förbättringsarbeten 2016 -



Masterprogram i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa, vård och omsorg

Att leda och bidra till morgondagens hälsa och välfärd förutsätter engagemang, kunskap och kompetens. Hälsa och välfärd är starkt sammanflätade med samhällsutvecklingen. Resurstillgång, befolkningsstruktur, reformer och nya styrformer tillsammans med en snabb medicinsk och teknisk utveckling ställer nya krav på ledning och ledare; nya behov och utmaningar kräver ändrade angreppssätt. Alla förbättringar är förändringar men alla förändringar är inte förbättringar. En övergripande målsättning med denna masterutbildning är att stärka deltagarnas förmåga att genomföra förändringar som verkligen är förbättringar.

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

4	Thomas Lupaszkoj Hizden
5	Eva Ljunggren
6	Christina Evaldsson
8	Veronica Hanson
10	Karin Magnusson
11	Carl Tenvert
12	Linda Axelsson Ödman
13	Sara Ekeröth
14	Carin Ericsson
15	Sofia Dahlin
16	Ulrika Jakobsson
17	Ulrika Stefansson
18	Anna Fabisch
20	Andreas Gremyr
21	Maria Ljungberg
22	Emma Sandström
24	Erik Kullingsjö
26	Birgitta Wranne
28	Christina Lundqvist

Det tredje året genomförs verksamhetsförlagda studier på heltid i form av ett praktiskt förbättringsarbete och avslutas med en uppsats om detta. Studenterna har lärt sig genom att göra och generöst delat med sig sina nya insikter och erfarenheter. Reflektion och nya lärdomar har varit ett ständigt återkommande tema på campusträffarna.

Förbättringsarbetet har genomdrivits i en komplexitet där ofta flera samarbetspartners var inblandade. Studenterna har fått brottas med organisationsförändringar, nedskärningar, chefsbyte, och andra utmaningar. Deras ledarskap har verkligen satts på prov. De har visat vilja, kraft, mod och kompetens att ta på sig uppdraget:

Att genomdriva ett förbättringsarbete som gör att det blir bättre för dem vi är till för!

Det handlar om förbättringar nära patienten/brukaren/klienten. Det är där värdet skapas!

Vi önskar dessa nya MASTERS i kvalitetsförbättring och ledarskap, lycka till. Det är en gåva att få se er växa med uppgiften! Stor tack för förmånen att följa er under vägen och allt ni lärt oss under tiden!

Nicoline Vackerberg
Kursansvarig VFU

Christina Keller
Kursansvarig examensarbete

- 4 Creating a Community of Practice to prevent readmissions to the Intensive Care Unit
- 8 Deras behov och våra önskningsar
- 6 Målgrupp barn och unga i behov av stöd från socialtjänsten
- 8 Värdeskapande användning av laboratorieanalyser
- 10 Kan förbättringsarbete ge ökad kunskap och bättre kvalitet?
- 11 Ökad tillgänglighet med multipla interventioner
- 12 Ge barnen tid!
- 13 Från intensivvård till en allmän avdelning
- 14 ”Det känns kul när man kan förbättra saker för patienterna”
- 15 Jämlikt stöd för jämlik hälsa
- 16 Ett förbättringsarbete om smärtskattning av patienter i livets slutskede
- 17 Med fokus på det sannolika
- 18 Lärdomar av att utveckla kvalitetsindikatorer genom Experience Based Co-Design
- 20 Tracking change: usefulness of statistical process control in improving
- 21 Telemedicin inom barnsjukvård
- 22 Att gå från reaktiv till proaktiv - en tidig bedömning för behov av venös kärlaccess.
- 24 Rätt behandling med hjälp av prioriteringsriktlinjer
- 26 Öka patientens delaktighet genom personcentrerad vård på en kardiologisk vårdenhhet
- 28 Jämlik och personcentrerad strokehabilitering.

Creating a Community of Practice to prevent readmissions to the Intensive Care Unit (ICU)

BACKGROUND

The improvement work is carried out on the ICU at a secondary hospital in Stockholm County. The ICU is equipped with three ICU beds and two intermediate care beds. There is no clinical care outreach activity in terms of a team of nurses and doctors assess patients/colleagues in need of consultative help at the general wards. Because of resource limitation there is need to secure that the available ICU beds are only occupied by patients in need for these and that patients who are discharged once, not need to come back.

AIM/PURPOSE

To avoid unnecessary readmissions to the ICU with help of nursing rounds. Creating a community of practice thru shared learning between ICU and general ward which comes to use even for other patients than these who was involved in a nursing round.

HOW DO YOU KNOW THAT THE CHANGE IS AN IMPROVEMENT

Readmission rate was measured as well as focus groups were performed to get information about:

- Readmissions during time
- Experiences about nursing rounds (benefits/disadvantages)

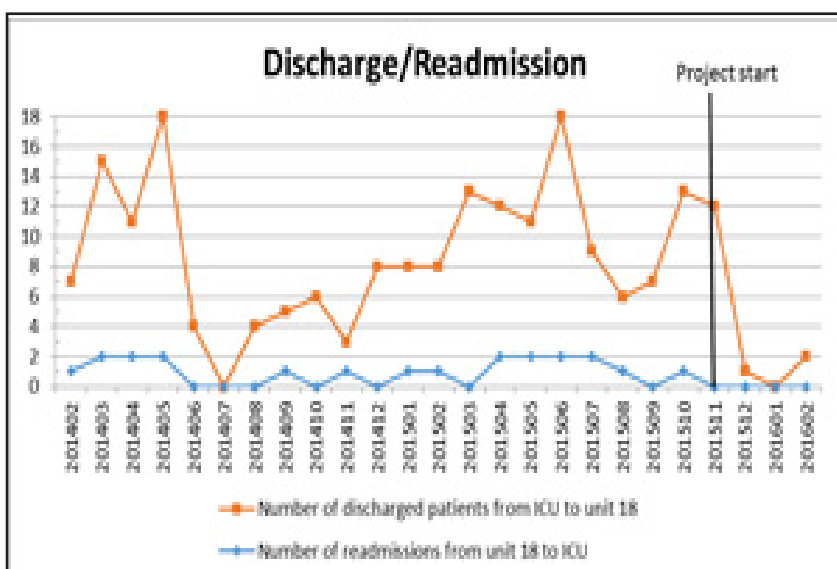


RESULTS

It could be observed that there were no readmissions from the participation unit after the improvement work had started. The results from the focus groups showed an increased exchange of knowledge and increased experienced feeling of safety among the staff. The reduction regarding readmissions could not only be explained by nursing rounds, because of a new ward was opened at the hospital during the project period, which resulted in a drop of discharges to the participating ward. The nursing rounds are now implemented and formalized by a written routine.

NEXT STEP

- is about to keep the nursing rounds alive; now running as part of the regular working day.
- is about to examine if there is a possibility to widen nursing rounds even to other units which are interested and in need of inter collegial exchange and knowledge and experience.



FACTS

Graduation: 2016
 Name: Thomas Lupaszkoj Hizden
 Email: thomas.lupaszkoj-hizden@sodertaljesjukhus.se
 Employer: County owned hospital
 Unit: ICU
 Initiative to program: Me
 Study during working time: Partially

Deras behov och våra önsknings

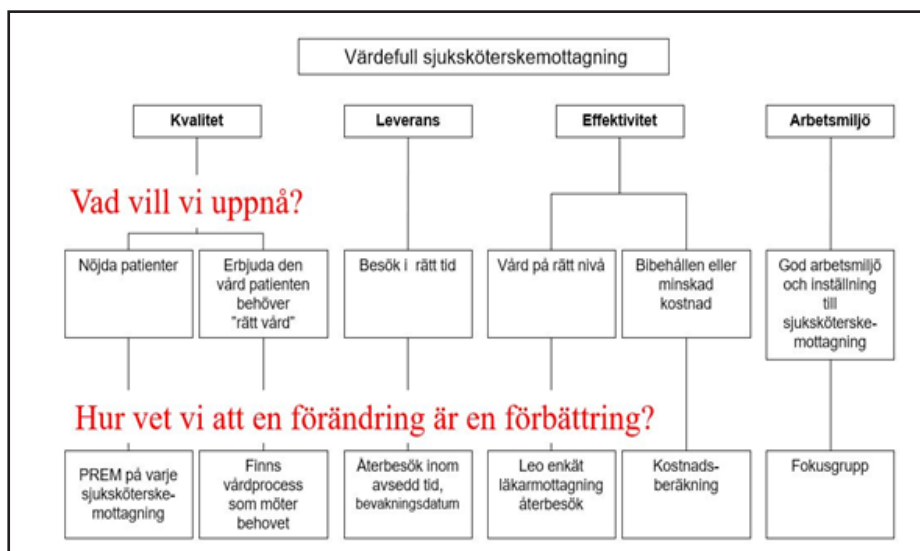
BAKGRUND

Hudkliniken i Östergötlands har bristande tillgänglighet till läkarbesök. Långa väntetider ökar risken för att sjukdomen förvärras och att patienter utsätts för ökat lidande under tiden de väntar. Brist på läkarresurser uppmuntrar till överföring av arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor.

Kliniken utformade, testade, utvärderade och justerade fem typer av sjuksköterskemottagningar. Mottagningarna riktade sig till patienter med sexuellt överförbar sjukdom, psoriasis, akne, malignt melanom och aktinisk keratos (mildare form av hudförändring). Kvantitativ och kvalitativ utvärdering av förändringsarbetet gjordes utifrån kvalitet, leverans, effektivitet och arbetsmiljö.

SYFTE & MÅL

Syftet med förbättringsarbetet var att införa sjuksköterskemottagningar för att öka tillgängligheten och samtidigt förbättra kvaliteten, leveransen, effektiviteten och arbetsmiljön.



RESULTAT

Den sammanlagda tillgängligheten på kliniken förbättrades för återbesök dock inte för nybesök.

Införandet av sjuksköterskemottagningarna resulterade i att kvaliteten och effektiviteten förbättrades för samtliga sjuksköterskemottagningar. Patienterna kunde delvis erbjudas besök när behovet var aktuellt. Sjuksköterskornas ökade kontakt med patienterna förbättrade arbetsmiljön samtidigt som det ökade antalet arbetsuppgifter ökade stressen.

NÄSTA STEG

De positiva utfallet av sjuksköterskemottagningarna visar att arbetssättet är värdefullt men för att kunna expandera antalet patienter på mottagningarna krävs en fördjupad produktions- och schemaplanering.

Sjuksköterskornas arbetsförhållanden behöver ses över för att minska stressen med för många arbetsuppgifter. En ytterligare överföring av arbetsuppgifter från sjuksköterskor till vårdadministratörer kan därför bli aktuellt.

FAKTARUTA

Examensår: 2016

Namn: Eva Ljunggren

Email: eva.ljunggren@regionostergotland.se

Arbetsgivare: Region Östergötland

Enhet: Hudkliniken i Östergötland

Initiativ till utbildningen: Studenten

Studera under arbetstid: Delvis

Målgrupp barn och unga i behov av stöd från socialtjänsten

BAKGRUND

Vi vet att:

- föräldrar och barns delaktighet i utredningsprocessen är ett måste för en bra utredning som ger ett adekvat beslutsunderlag för att insatser med god effekt ska komma till stånd
- en samarbetsallians mellan familjen och de professionella har en positiv inverkan på familjens upplevelse av den insats som beslutas om.

SYFTE & MÅL

Förbättringsarbetet syftar till ökad säkerhet för barn och unga samt förbättrat stöd till barn och familjer. Målet är färre sammanbrott vid placeringar och mer ändamålsenliga insatser i barnets hemmiljö.

FÖRBÄTTRINGSIDÉER

Detta uppnås genom att hela organisationens förhållningssätt och arbete präglas av partnerskap med familjer och dess nätverk kring barn och ungdomar så att familjens delaktighet och förståelse i utredningar och lösningar ökar. Som metod för att lyckas med detta pågår implementering av Signs of Safety på samtliga verksamheter inom området för Barn och Unga. I syfte att intensifiera implementeringen har ett pilotprojekt genomförts på ett utav Jönköpings tre lokalkontor, Söderkontoret.

RESULTAT

Pilotprojektet har pågått under ett års tid men vi kan ännu inte se att målen uppnåtts. Utifrån att förbättringsarbetet innebär en stor förändring skapades en utvärderingsmodell i syfte att även fånga processmåttn för att se om förbättringsarbetet är på väg åt rätt håll. Det vi kan se hittills är att delar av metodens verktyg, mappning, implementerats på Söderkontoret (Figur A). Vi kan även se att vårdnadshavarna upplever en större samarbetsallians med socialtjänsten under och efter pilotprojektet jämfört med före (Figur B).

NÄSTA STEG

Söderkontoret fortsätter jobba med Signs of Safety även efter projektets slut. Implementeringen kommer att intensifieras på de övriga två lokalkontoren genom att metodstödare ska tillsättas även där.

FAKTARUTA

Examensår: 2016

Namn: Christina Evaldsson

Email: christina.evaldsson@jonkoping.se

Arbetsgivare: Jönköpings kommun

Initiativ till utbildningen: Jag

HUR VET DU ATT EN FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING?

Fler barn får möjlighet att bo kvar i sin ursprungsfamilj under trygga förhållanden

Minskat antal placeringar

Fler placerade barn slipper sammanbrott

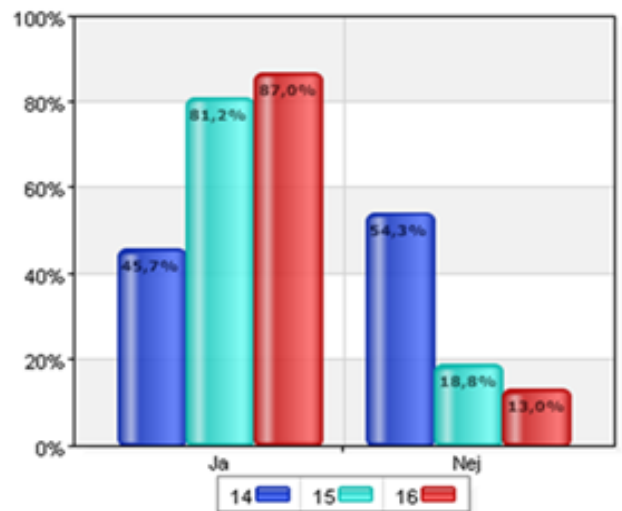
Minskat antal sammanbrott

Fler barn får insatser som leder till förbättrade levnadsvillkor

Minskad andel återaktualiseringar

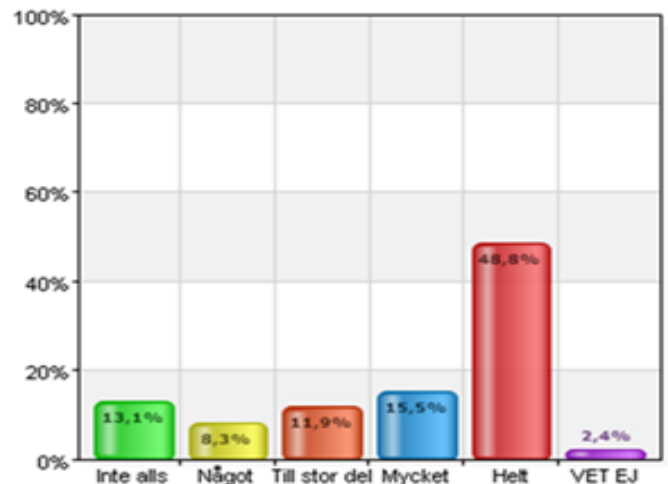
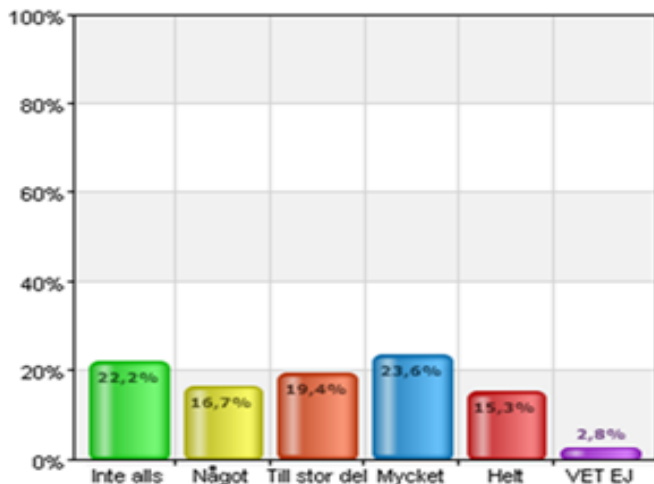
	År -14		År -15		År -16		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ja	16	45,7	56	81,2	20	87	92	72,4
Nej	19	54,3	13	18,8	3	13	35	27,6
Total	35	100	69	100	23	100	127	100

Antal svar		
År -14	År -15	År -16
35	69	23



Figur A. Jämförelse 2014-2016. Medarbetarna på Söderkontoret har besvarat frågan; "Har du mappat inom ramen för utredningen?". Mappning är ett av Signs of Safetys verktyg.

HUR VET DU ATT EN FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING?



	Antal	%
Inte alls	16	22,2
Något	12	16,7
Till stor del	14	19,4
Mycket	17	23,6
Helt	11	15,3
VET EJ	2	2,8
Total	72	100

	Antal	%
Inte alls	11	13,1
Något	7	8,3
Till stor del	10	11,9
Mycket	13	15,5
Helt	41	48,8
VET EJ	2	2,4
Total	84	100

Figur B. Till vänster; mätperiod före Söderprojektet 2013.11.18-2014.10.31
Till höger; mätperiod under och efter Söderprojektet 2014.11.01-2016.04.23
Upplevelse av samarbetsallians; Index av följande frågeställningar:

- Socialsekreteraren som jag träffat har lyssnat på mig
- Jag har blivit behandlad med respekt
- Jag har fått vara med och ge förslag på förändringar utifrån oron för mitt/mina barn.
- Vår socialsekreterare har pratat med mig om hur vårt samarbete har fungerat

Värdeskapande användning av laboratorieanalyser

BAKGRUND

Detta förbättringsarbete är ett samarbete mellan laboriemedicin och en av regionens vårdcentraler. Det finns skillnader i beställningsmönster av laboratorieprover mellan de 47 vårdcentralerna i regionen. Skillnaderna kan till viss del förklaras av variationen i patientunderlag men det är inte allt. Vissa skillnader beror på vanor och traditioner och detta är något som går att förändra.



SYFTE & MÅL

Syftet med förbättringsarbetet är att minska användning av laboratorieanalyser på en vårdcentral i Region Jönköpings län.

Målet är att patienterna ska ta rätt prover utifrån frågeställning och att förbättringsarbetet bidrar till att komma till rätta med över- och underanvändning och därmed få en värdeskapande användning av medicinsk diagnostik.

RESULTAT

Då arbetet med förbättringsarbetet inte tog fart i verksamheten förrän sen vår 2016 kan inga resultat presenteras i dagsläget.

Lärdomar som dragits från processen är att förankring av projektet är A och O för att skapa engagemang hos deltagarna. Ledarskapet är mycket viktigt, speciellt då förbättringsarbetet initialt kan skapa motstånd i läkargruppen.

FÖRBÄTTRINGSIDÉER

Tre PDSA-hjul är på gång i förbättringsarbetet.

PDSA1: visualisera och därmed medvetandegöra läkarna om vårdcentralens totala och deras individuella beställningsmönster.

PDSA2: genomgång av vårdcentralens administrativa analyspaket.

PDSA3: utbildning och dialog med laboratorieläkare gällande nyheter och ämnen läkargruppen själva identifierar som värdefulla.

NÄSTA STEG

Förbättringsarbetet kommer att fortsätta på vårdcentralen under 2016.

Rådet för värdeskapande användning av Medicinsk diagnostik kommer fortsätta att stödja regionens kliniker i arbetet med att minska överanvändningen av analyser och undersökningar och inför hösten är det dags att in nästa klinik till dialog.

HUR VET DU ATT EN FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING?

Ett styrdiagram över antalet beställda analyser per 100 besök på vårdcentralen visualiserar om någon förändring sker. Diagrammet presenteras på nästa sida.

FAKTARUTA

Examensår: 2016

Namn: Veronica Hanson

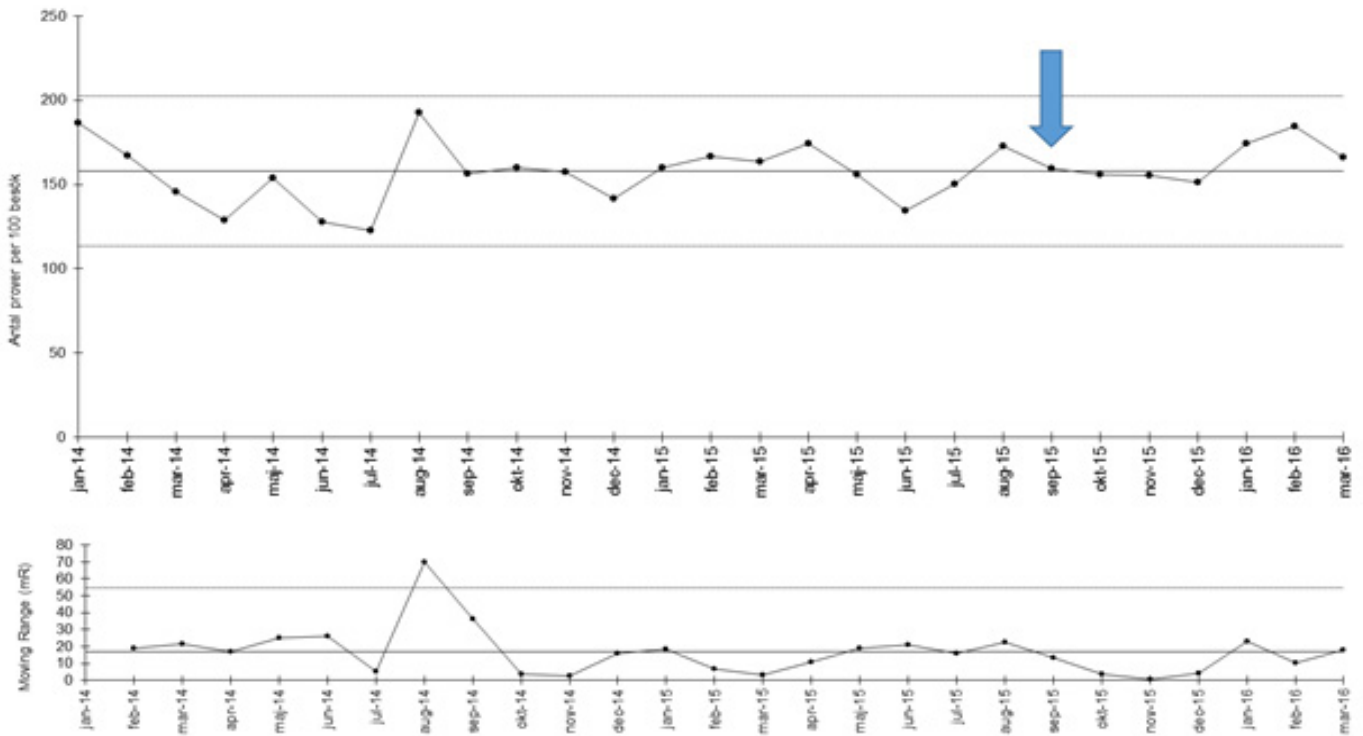
Email: veronica.hanson@rjl.se

Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Laboriemedicin

Initiativ till utbildningen: Jag

Bilaga



Styrdiagram över antal beställda prover per 100 besök på vårdcentralen. Pilen indikerar förbättringsarbets start i september 2015.

Kan förbättringsarbete ge ökad kunskap och bättre kvalitet?

BAKGRUND

Akutvårdsavdelningen har 70 medarbetare och ungefär 700 patienter/månad. Ett 30-tal av dessa behandlas med Non-Invasiv-Ventilation (NIV). NIV är kostnadseffektivt och det finns evidens för att behandlingen innebär minskad mortalitet och minskat behov av intensivvård förutsatt att behandlingen utförs korrekt. En betydande del av medarbetarna uppskattade sitt kunskapsläge vad gäller NIV som otillräckligt för att kunna ge patienterna god och säker vård.

SYFTE & MÅL

Förbättra kunskapsläget hos medarbetarna vad gäller NIV-behandling samt öka följsamheten till gällande rutin genom ett förbättringsarbete i fyra PDSA-cykler.

HUR VET DU ATT DENNA FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTNING?

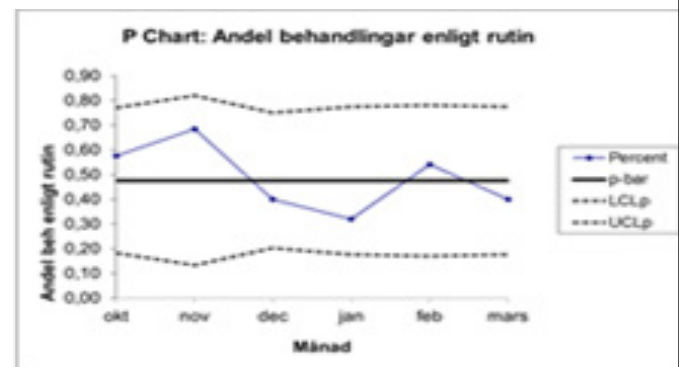
För att mäta effekter på det uppskattade kunskapsläget genomfördes fyra mätningar varav den första var en baslinjemätning. Medarbetarna fick efter varje PDSA-cykel skatta sitt kunskapsläge för sex kunskapsområde som rörde NIV-behandling. Skattningsskalan sträckte sig från "otillräcklig kunskap" till "för djupad kunskap".

Följsamheten till rutin kontrollerades genom journalgranskning tre månader före projektet samt tre månader under pågående projekt. Data följdes över tid i ett styrdiagram.

RESULTAT



Under förbättringsarbetet kunde en förskjutning ses mot ett förbättrat kunskapsläge. Efter fjärde PDSA-cykeln uppgav ingen att de hade "otillräcklig kunskap". Vid samma mätning var 70% av skattningarna "tillräcklig" eller "god kunskap".



Styrdiagrammet visar på en helt stabil process utan vare sig förbättring eller försämring av följsamhet till rutin. Det gick således inte att påvisa att projektet påverkade efterlevnaden till rutinen på något sätt.

NÄSTA STEG

Fortsatta utbildningsinsatser för hela teamet kontinuerligt. Utbildning i provtagning och tolkning av provsvar för att öka följsamheten till studerad rutin.

FAKTARUTA

Examensår: 2016

Namn: Karin Magnusson

Email: karin.v.magnusson@skane.se

Arbetsgivare: Region Skåne

Enhet: Akutvård och internmedicin SUS

Initiativ till utbildningen: Jag

Studera under arbetstid: Delvis

Ökad tillgänglighet med multipla interventioner

BAKGRUND

Befolkningen i Sverige och stora delar av världen blir allt fler och äldre. I Sverige ökade vårdköerna med 15 000 personer mellan 2013 och 2015. För att klara ett ökat behov av vård krävs insatser för att öka kapaciteten. Tidigare studier visar att extra mottagningar, och att som landsting köpa privat vård, inte är långsiktiga lösningar. Samtidigt kan med ökad väntetid patientens smärta och tillstånd försämrats och leda till sämre resultat efter operation, vilket kan leda till ökad belastning på samhälsekonomin.

HUR VET DU ATT DENNA FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING?

Mätetal som följs syftar både till att visa hur det varit samt att kunna visa på hur det kommer att se ut. Figur 1 visar faktisk väntetid till mottagningsbesök (gäller första besök). Figur 2 visar koefficient av antalet väntande och hur länge patient väntat till mottagningsbesök.

SYFTE & MÅL

Att förbättra tillgängligheten till elektiv mottagning och operation inom sektionerna axel, fot, hand, höft och knä, gällande patienter över 18 år. Målet att 100 % av dessa patienter ska få sin tid inom 60 dagar ska vara uppnått innan 31/5 2016.

NÄSTA STEG

Projektet har drivits från september t.o.m. april. Tidigare forskning pekar på att sommar är ett stort problem gällande produktionsplanering. Arbetet kommer att fortsätta på kliniken och projektet är permanentat. Studie borde därför designas så att hela årets variationer täcks in. Samarbete inom regionen har lett till stora vinster i projektet. Detta bör byggas ut vidare för att gemensamt kunna utnyttja maximal kapacitet.

RESULTAT

Resultatet visar att det under perioden med förbättringsarbetet skett en förbättring gällande patienter som väntar på besök och operation. Dock är den faktiska väntetiden till operation fortfarande hög. Patientens upplevelse har i de mätningar som gjorts inte förändrats. Samma andel patienter, 13-14 %, tycker att de fortfarande väntar för länge. Remissinflöde har under projektet ökat något. Minder mängd patienter har skickats till privat vårdgivare, produktionen har varit konstant och ingen undanträngning av återbesök har skett.

FAKTARUTA

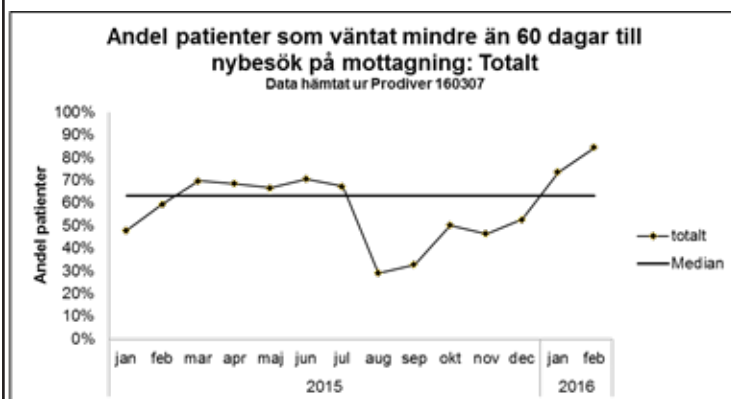
Examensår: 2016

Namn: Carl Tenvert

Enhet: Ortoped- och Reumatologkliniken

Email: carl.tenvert@rjl.se

Initiativ till utbildningen: Eget initiativ
Studera under arbetstid: JA



Figur 1. Andelen patienter som väntat mindre än 60 dagar till nybesök på ortopedmottagningen. Data gäller Axel, Fot, Hand, Höft och Knä samt patienter 18 år eller äldre.



Figur 8. Patienter som inte fått tid till nybesök på mottagning. Väntetidskoefficient, baserat på veckor

Ge barnen tid!

En studie om ett förbättringsarbete för ökad tillgänglighet till barnpsykiatriska utredningar genom ett samordnat processflöde.

BAKGRUND

Allt fler barn och ungdomar lider av psykisk ohälsa. Barnpsykiatrisk vård levererar inte barnpsykiatrisk vård i rimlig tid. Väntan på vård för den barnpsykiatriska patienten ökar risken för psykiatrisk sjuklighet, belastad skolgång och familjeliv. Nationell satsning för ökad tillgänglighet till barnpsykiatriska utredningar pågår. Barnpsykiatrisk utredning innebär kartläggning av barnet ur en medicinsk, psykologisk och social synvinkel och möjliggör riktade behandlingsinsatser. Tvärprofessionell samordning, lärande organisation, tydligt, stöttande och delegerat ledarskap är faktorer enligt forskning som möjliggör effektiva flöden inom komplexa organisationer som sjukvård.

SYFTE & MÅL

Syftet och övergripande mål med förbättringsarbetet är ökad tillgänglighet till barnpsykiatriska utredningar samt sammanhållen utredningstid för aktuell patientgrupp. Specifika mål med förbättringsarbetet är uppfylla vårdgarantin samt att utredningar utreds inom 120 dagar.

Forskningsmiljö

Barnpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. Tvärprofessionellt utredningsteam.

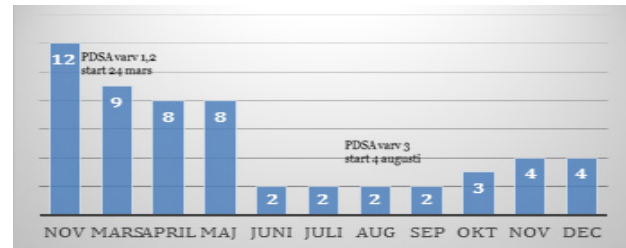
METOD FÖRBÄTTRINGSARBETET



Förbättringsidé

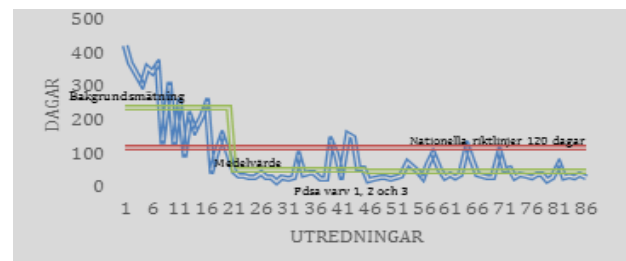
Samordnat tvärprofessionellt flödesschema för barnpsykiatriska utredningar där utredning planeras, genomförs, sammanställs och återlämnas

HUR VET DU ATT DENNA FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING?



Tillgänglighet. Visar väntetid i månader till att påbörja utredning efter utgången vårdgaranti under förbättringsarbetet.

Nedan: Sammanhållen utredningstid. Förbättringsarbets 66 utredningar inklusive bakgrundsmätningar antal dagar utredning tar att genomföra.



RESULTAT

Resultatet visar att förbättringsarbetets syfte uppnåddes då 93% av genomförda utredningar utreddes inom regionala riktlinjers 120 dagar, vilket innebär en mer sammanhållen utredningstid, samt att väntetiden till utredning efter utgången vårdgaranti har minskat från 9 månader mars 2015 till 4 månader dec 2015 trots fler personer i kö vilket påvisar produktionsökning och ökad tillgänglighet. De specifika målen för förbättringsarbetet har inte uppfyllts då alla utredningar inte utreds inom 120 dagar samt att vårdgarantin inte uppfylls. En tydlig förbättring har uppnåtts och påvisar att samordnat utredningssystem ökar tillgängligheten.

NÄSTA STEG

- Aktuell förändring upprätthålls
- Att förbättringsarbete ses som naturlig del av vardagligt arbetet på kliniken
- Sprida förbättringsidén inom organisationen

FAKTARUTA

Examensår: 2016

Namn: Linda Axelsson Ödman

Email: linda.odman@vgregion.se

Arbetsgivare: vgregion.se

Enhet: Barnpsykiatrisk öppenvårdsmottagning

Initiativ till utbildningen: Jag, med support av kliniken

Studera under arbetstid: Ja, till viss del

Från intensivvården till en allmän avdelning- Personalens erfarenhet av samvårdssjuksköterskans funktion i samband med ett förbättringsarbete för att skapa patientsäkra överflyttningar

BAKGRUND

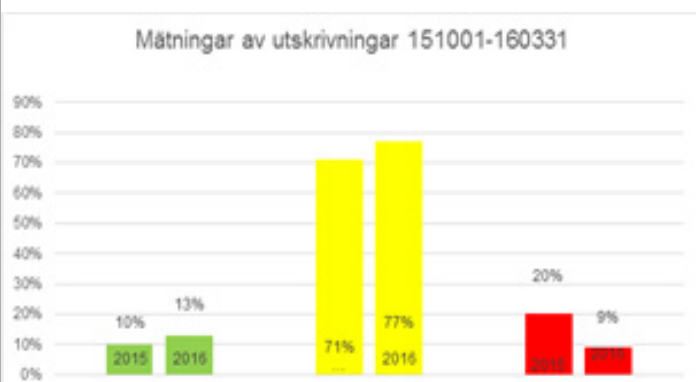
Enligt Svenskt intensivvårdsregister är förflyttningar av patienter en risk, särskilt hög säkerhetsrisk har de som flyttas från en intensivvårdsavdelning till allmän avdelning. Då det stora gapet i vårdnivå kan leda till komplikationer och risk för återinskrivningar är utskrivningsprocess från en intensivvårdsavdelning ofta komplicerad och underskattad. Intensivvårdsavdelningen i Malmö beslöt sig för att genom ett förbättringsarbete förändra sin utskrivningsprocess

SYFTE & MÅL

Syftet med detta förbättringsarbete är att skapa förutsättningar för en optimal överflyttning från intensivvården till allmän vårdavdelning.

Målen var att sänka återinskrivningar inom 72h, minska nattliga utskrivningar, ökad andel patienter som åker innan klockan tolv, utskrivning enligt checklista samt uppstart av samvårdssjuksköterskans funktion.

HUR VET DU ATT DENNA FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING?



Ökat antal gröna utskrivningar, dvs den typen av utskrivningar vi önskar

Minskning av röda utskrivning, dvs den typen av ut-

RESULTAT

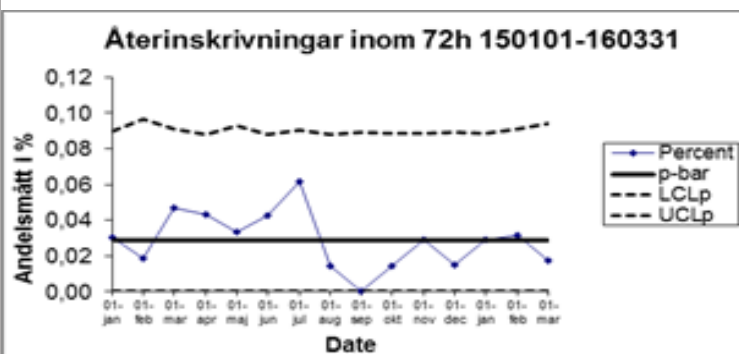
Förbättringsarbetet nådde inte upp i önskvärda mätvärden i återinskrivning, nattliga utskrivningar och en ökning av utskrivningar innan klockan tolv uteblev. Fler patienter skrevs ut med genomgången checklista och en samvårdssjuksköterska som stödde processen före, efter och under överflyttning. Ökad medvetenhet om vad intensivvården kan påverka för att skapa de bästa förutsättningarna inför överflyttning

NÄSTA STEG

Fortsätta att arbeta med de nya rutiner som implementerats och fortsätta följa våra mätvärden.

Fortsätta att visualisera våra mätningar för medarbetarna

Utöka samvårdssjuksköterskans roll till att gälla samtliga patienter på vårt sjukhus



Slumpmässig variation men en försiktig tendens till

FAKTARUTA

Examensår:2016

Namn: Sara Ekeröth

Email: sara.ekeroth@skane.se

Arbetsgivare: Region Skåne

Enhet: SUS IPV IVA Malmö

Initiativ till utbildningen: Min chef

Studera under arbetstid: Ja



”Det känns kul när man kan förbättra saker för patienterna”

Ett förbättringsarbete som syftar till trygg utskrivning från sjukhus.

BAKGRUND

För patienterna är det viktigt att övergången mellan olika vårdgivare sker på ett tryggt och säkert sätt som underlättar den fortsatta vården. Forskning visar att patienternas delaktighet i förberedelser inför utskrivning från sjukhus ofta brister. Sjuksköterskorna på vårdavdelningen upplevde att arbetet inför utskrivning var stressigt.

SYFTE

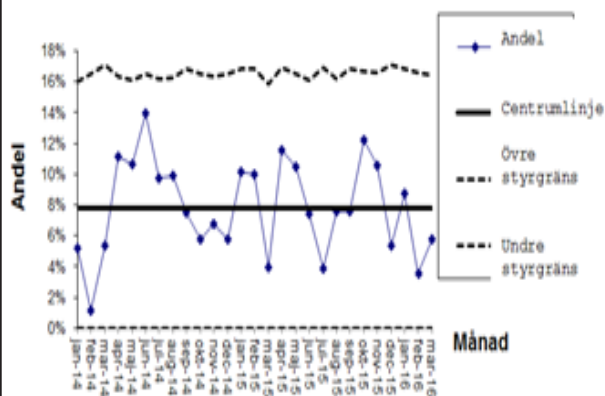
Syftet med förbättringsarbetet var att identifiera och implementera åtgärder som möjliggör en välfungerande och trygg utskrivningsprocess. Förbättringsarbetet genomfördes för att underlätta arbetet för vårdpersonalen och minska riskerna för patienter att drabbas av oplanerad återinläggning på sjukhus.

Genomförda förändringar

- Införa rutin för att identifiera och stödja patienter med ökad risk för oplanerad återinläggning på sjukhus
- Arbetsterapeut avlastar sjuksköterskor genom att utföra alla samordnade vårdplaneringar innan utskrivning
- Utveckla rutinerna före, under och efter

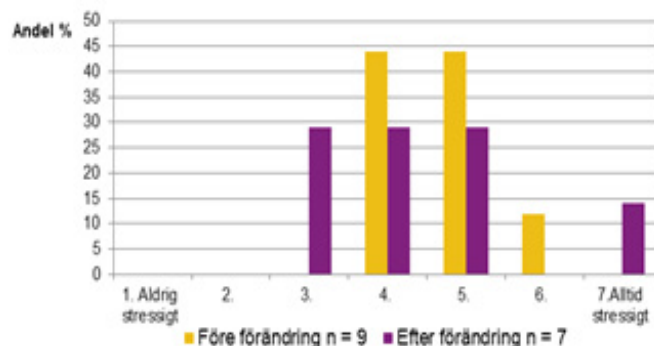
HUR VET DU ATT FÖRÄNDRINGEN ÄR EN FÖRBÄTTRING?

Andel oplanerade återinläggningar på sjukhus efter 30 dagar av samtliga vårdtillfällen (resultatmätt)



HUR VET DU ATT FÖRÄNDRINGEN ÄR EN FÖRBÄTTRING?

Sjuksköterskor svar på enkätfråga ”Är det stressigt med förberedelser innan utskrivning?” (resultat-



RESULTAT

Resultatet av förbättringsarbetet visade inte någon mätbar förbättring av antalet oplanerade återinläggningar. Personalen upplevde ändå att det blivit vissa förbättringar. Patienterna var nöjda med utskrivningen och majoriteten kände sig trygga. Patienterna accepterade situationen och förutsättningarna i hälso- och sjukvårdssystemet och ställde inga krav på förbättringar.

NÄSTA STEG

Förbättringsarbetet drivs vidare. Rutinen för att identifiera patienter med ökad risk för oplanerad återinläggning på sjukhus ska testas och kan eventuellt senare appliceras på flera patientgrupper. Arbetet med att vidareutveckla och förbättra den samordnade vårdplaneringen kommer också att fortsätta.



FAKTARUTA

Examensår: 2016

Namn: Carin Ericsson

Email: carin.ericsson@Regionostergotland.se

Arbetsgivare: Region Östergötland

Enhet: Hjärt- och medicincentrum stab

Initiativ till utbildningen: Jag själv.

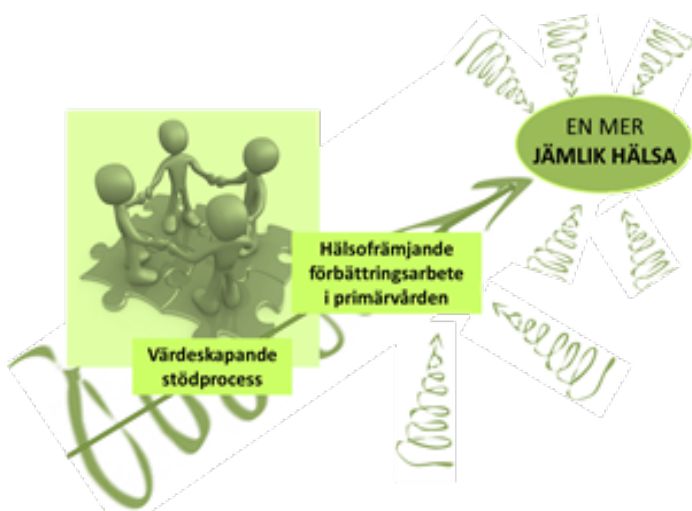
Jämlikt stöd för jämlik hälsa

BAKGRUND

Hälsan i Region Jönköpings län är inte jämlik. Regionens vårdcentraler har i uppdrag att genomföra hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande förbättringsarbete som bidrar till mer jämlik hälsa. Det fanns ett behov av att förbättra och harmonisera det stöd från folkhälsoplanerare och utvecklingsledare som vårdcentralerna gavs i detta arbete.

SYFTE & MÅL

Syftet med förbättringsarbetet var att bidra till ökad jämlikhet i hälsa i Region Jönköpings län genom att utveckla stödet till primärvårdens hälsofrämjande insatser vilka i sig genomfördes som förbättringsarbeten.

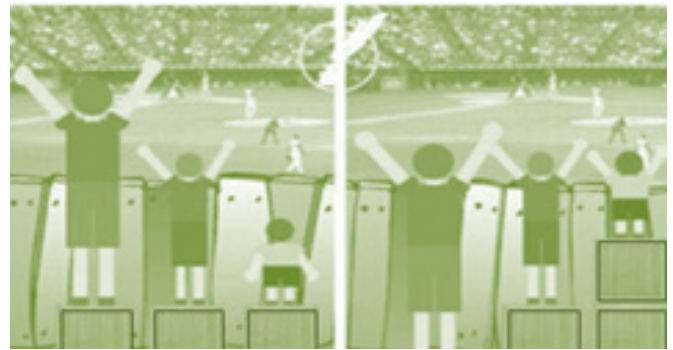


HUR VET DU ATT DENNA FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING?

Effekter på jämlik hälsa följs årligen med en rad indikatorer i den regionala strategin "Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län". Varje vårdcentral följer resultaten av sina respektive förbättringsarbeten med hjälp av uppsatta måttal. Upplevelsen av stödprocessen följs med hjälp av fokusgrupper, enkät samt i dialogen vid vårdcentralernas möten med stödteamet.

Equality

Equity



RESULTAT

Effekter på jämlik hälsa har inte varit möjliga att utvärdera inom ramen för detta arbete. Däremot ses en förbättring i upplevelsen av stödet till hälsofrämjande förbättringsarbete för jämlik hälsa. De förändringar som bidragit till detta är bildandet av stödteam som erbjudit tidig coaching via besök på vårdcentralerna. Samtliga vårdcentraler i regionen planerar ett förbättringsarbete som är hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande vars resultat kan ses tidigast under hösten 2016.

NÄSTA STEG

Fortsatt coaching av vårdcentralernas förbättringsarbeten och följa upp arbetets effekter. Spridning av framgångsrika arbeten och möjliggöra ytterligare lärande mellan alla inblandade aktörer. Fortsätta bygga kompetens i förbättringskunskap samt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att tillsammans arbeta för en mer jämlik hälsa.

FAKTARUTA

Examensår: 2016
Namn: Sofia Dahlin
Email: sofia.dahlin@gmail.se
Arbetsgivare: Region Östergötland
Enhet: Verksamhetsutveckling vård och hälsa
Initiativ till utbildningen: Jag
Studera under arbetstid: Delvis

Ett förbättringsarbete om smärtskattning av patienter i livets slutskede på en akutsjukvårdsavdelning

BAKGRUND

En utmaning inom akutsjukvården är att uppmärksamma svårt sjuka patienter med allvarliga och komplexa sjukdomar, när målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande. Smärta är ett vanligt symtom hos patienter med långvariga sjukdomar särskilt i livets slutskede. Att främja välbefinnande och ge god symtomlindring är viktigt i vården av svårt sjuka och döende patienter. Systematiska bedömningar och skattningar är enkla åtgärder för att uppmärksamma patientens behov. Andelen sådana bedömningar och skattningar kan gå från 0 till 100 procent genom införandet av en rutin för hur det ska gå till.

SYFTE & MÅL

Syfte: förbättra omhändertagandet av patienter i livets slutskede genom att upptäcka och förebygga smärta
Mål: Alla (100%) patienter som avlider en förväntad död skall ha smärtskattats vid något dokumenterat tillfälle sista veckan i livet med ett validerat smärtskattningsinstrument.

RESULTAT

Mätningarna visar att antalet patienter som smärtskattats sista tiden i livet har ökat från 0 – 80 % jämfört med samma period året innan. Målet att alla ska patienter skall smärtskattats har inte uppnåtts under projektiden men visar på en klar förbättring.



FÖRBÄTTRINGSIDÉER

Förbättringsidéer genomfördes i 3 PDSA – cykler (plan-do-study-act)

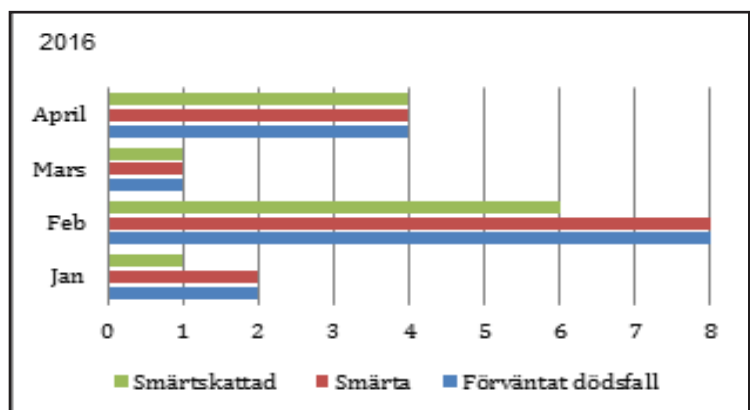
PDSA 1: Lokal smärthanteringsrutin för patienter i livets slutskede

PDSA 2: Koll på smärtskattning. Stöd för följsamhet till rutin

PDSA 3: Förbättra dokumentation genom använda aktivitetsmall i patientens journal

HUR VET JAG ATT EN FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING?

Mätetal: Antal/ andel patienter som avlider en förväntad död och som smärtskattats sist tiden i livet. Journalgranskning en gång i månaden.



NÄSTA STEG

Införa Svenska Palliativregistret för att:

- underlätta utvärdering av vårdens kvalitet
- skapa lärande genom reflektion
- identifiera ytterligare behov av förbättringar i vården av patienter i livets slutskede

FAKTARUTA

Examensår: 2016

Namn: Ulrika Jakobsson

Epost: ulrika.jakobsson@sodersjukhuset.se

Arbetsgivare: Södersjukhuset AB, SLL.

Enhet: Vo Kardiologi

Med fokus på det sannolika

En fallstudie av ett analytiskt förbättringsarbete för att minska återinskrivningar inom 30 dagar på sjukhus

BAKGRUND

Ökad andel äldre personer i befolkningen innebär stora utmaningar som kräver samverkan och gränsöverskridande arbete. Samverkan som brister kan resultera i oplanerade återinskrivningar på sjukhus som inte är värdeskapande för äldre patienter. Under flera år har vi arbetat med att minska återinskrivningar bl a. genom att försöka identifiera äldre med risk för ökat vårdbehov och återinskrivning, sk. Fokuspatienter.

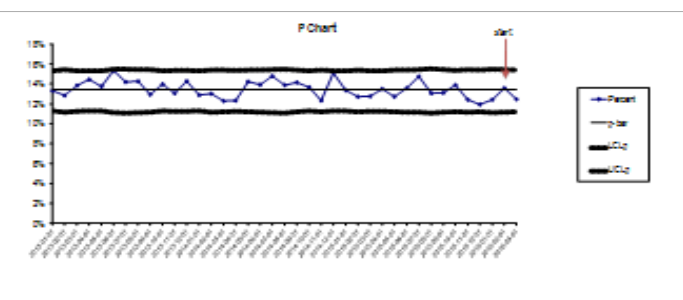
SYFTE & MÅL

Övergripande mål med förbättringsarbetet var att minska andel återinskrivningar på sjukhus inom 30 dagar. Genom identifiering av personer 65 år och äldre med risk för återinskrivning var avsikten är att ge bättre vård på rätt vårdnivå.

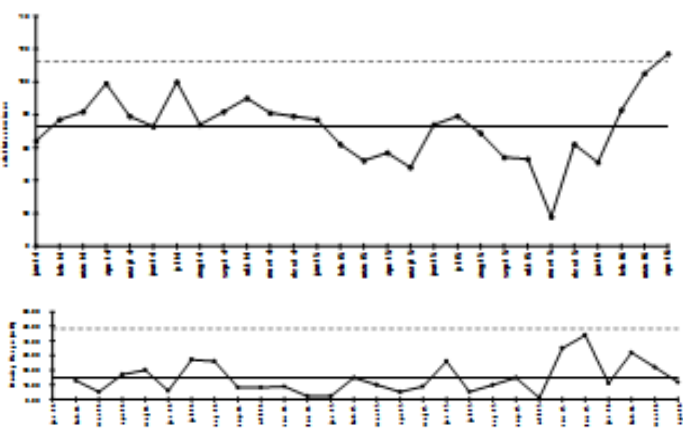
Specifikt mål

Utveckla en analytisk riskmodell, som kan användas i realtid, och testa att använda den framtagna modellen

HUR VET DU ATT DENNA FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING? Mätetal: andel återinskrivningar inom 30 dagar



Antal fokusremisser



FÖRBÄTTRINGSIDÉ

- Analysera och skapa en användbar modell för att identifiera riskpatienter
- Spridning av information avseende FOKUS remisser och modell
- Testa att använda och förbättra modell och arbetssätt

RESULTAT

En analytisk modell, PREA30, skapades baserad på analys av 132 000 vårdtillfällen. Modellen började användas för att identifiera fokuspatienter på en medicineriatrik klinik.

Personalen upplevde modellen användbar och att den fångade patienternas risk på ett trovärdigt sätt. Fler patienter skrevs ut med fokusremiss.

Tidsramen för projektstudie var för kort för att se resultat för den övergripande målsättningen angående återinskrivningar inom 30 dagar.

NÄSTA STEG

Spridning av PREA30 till fler kliniker.

Utveckla vårdkedjan för fokuspatienter.

Identifiera fler områden där analytiska arbetssätt och modeller kan tillämpas.

FAKTARUTA

Webb: www.rjl.se

Examensår: 2016

Namn: Ulrika Stefansson

Email: ulrika.stefansson@rjl.se

Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Folkhälsa och sjukvård

Initiativ till utbildningen: Eget

Studera under arbetstid: Ja, delvis

Lärdomar av att utveckla kvalitetsindikatorer genom Experience Based Co-Design

BAKGRUND

En regions ungdomsmottagningar uppvisade omotiverade skillnader avseende tillgänglighet, kompetens och resurser. Variationen var inte förenlig med uppdraget att erbjuda likvärdig vård med hög kvalitet.

SYFTE & MÅL

Det övergripande syftet var att främja ungdomars psykiska och sexuella hälsa genom att utforma ungdomsmottagningar som motsvarar eller överträffar ungdomars behov och förväntningar.

Den specifika målsättningen var att ta fram kvalitetsindikatorer som ungdomar och personal upplever speglar en välfungerande ungdomsmottagning.

Det övergripande syftet följs via:

- Mätningar av omotiverad variation mellan mottagningarna (ex. tillgänglighet, kompetens).
- Ungas psykiska och sexuella hälsa (ex. antalet aborter, resultat i folkhälsoenkäter).



METOD

Kvalitetsindikatorer har tagits fram genom Experience Based Co-Design (Figur 1) med delaktighet från ungdomar och personal.

RESULTAT

- Framtagna indikatorer jämfördes med 49 oinvidga ungdomars fritextsvar på frågan Vad kännetecknar en välfungerande ungdomsmottagning? 140 av 151 uttalanden speglades i någon indikator.
- Fokusgrupper med personal visade att indikatorerna speglade betydelsefulla aspekter av kvalitet ur deras perspektiv.
- En jämförelse med indikatorer från andra regioners ungdomsmottagningar visade att framtagna indikatorer hade jämnare fördelning mellan olika typer av mått (Figur 2) och en större andel mått inom kundperspektivet (Figur 3).

NÄSTA STEG

- Testa och utvärdera indikatorerna i skarpt läge.
- Fortsätta med förbättringsarbeten och lärande utifrån indikatorerna och i co-designmöten.
- Följa effekterna utifrån det övergripande syftet.

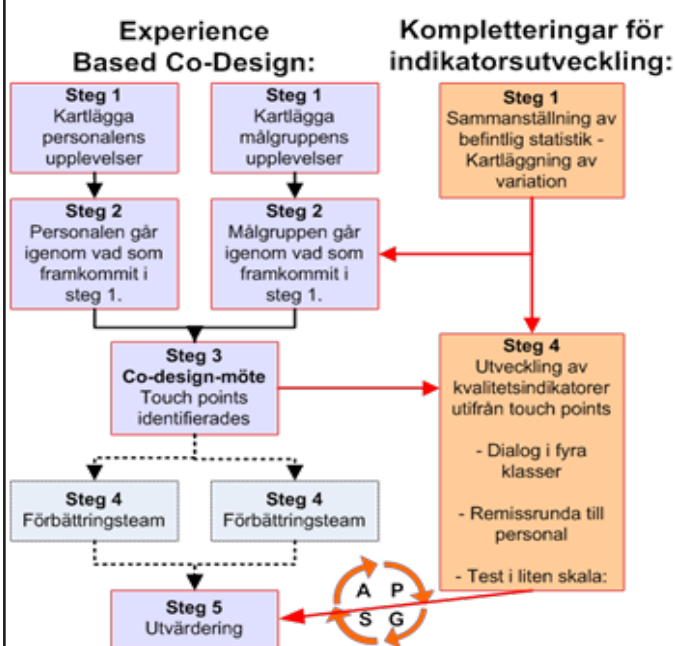
FAKTARUTA

Examensår: 2016

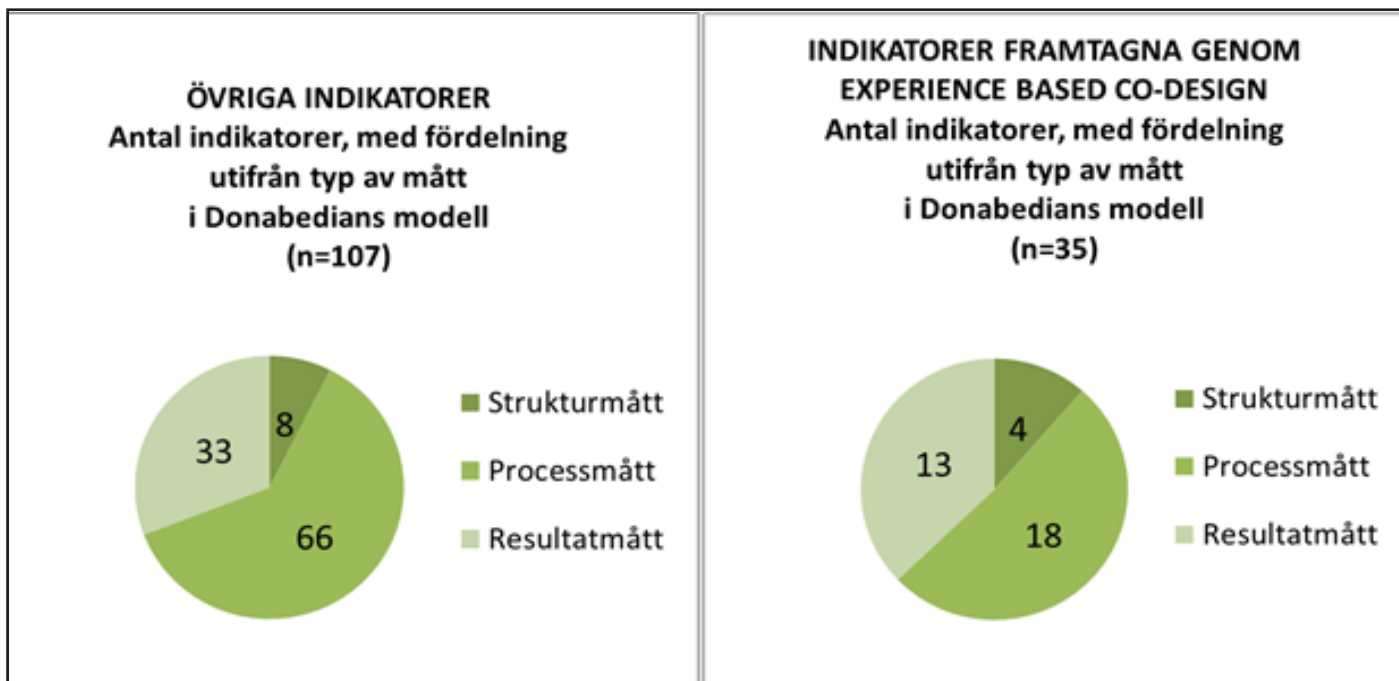
Namn: Anna Fabisch

Email: anna.fabisch@rjl.se

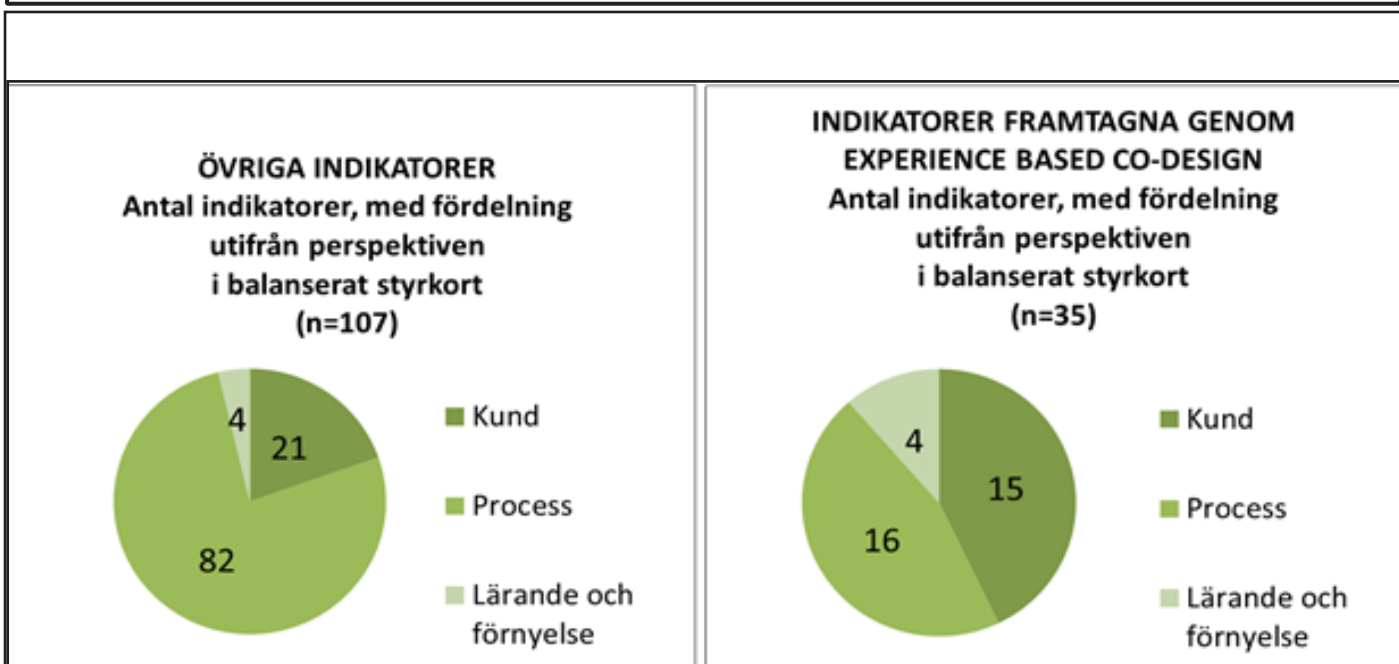
Arbetsgivare: Region Jönköpings län, Värnamo



Figur 1. Beskrivning av genomförandet



Figur 2. Jämförelse utifrån Donabedians modell (struktur-, process- och resultatmått)

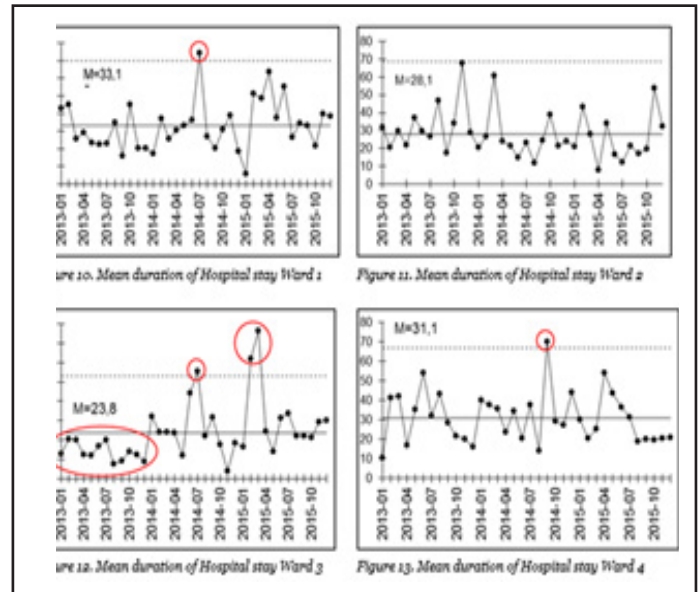


Figur 3. Jämförelse utifrån perspektiven i balanserat styrkort (kund-, process-, lärande och förnyelse- och finansperspektiv)

Tracking change: usefulness of statistical process control in improving

BACKGROUND

Health care is facing great challenges. Psychiatric care is no exception. Inequity and stigmatization are some of the great challenges to handle for psychiatry and the society. Extensive attempts to improve quality are made in healthcare. In the pursuit of improving quality, it is essential to use methods that enable learning from experience and actions, to improve future performance. The core feature of Statistical Process Control (SPC), the control charts, are in use in various settings within healthcare to enable learning and to support QI work, but its use in psychiatric settings are scarce.



PURPOSE

This master's thesis explores the usefulness of SPC, and especially the control charts, in quality improvement work, for managers and practitioners in psychiatric care, by addressing two questions:

- A) Can control charts contribute to knowledge on if, how, when and where change occurs if applied, during improvement work in psychiatry?
- B) How is the usefulness of SPC perceived by development officers and managers in a psychiatric context?

METHOD

- A) Control charts were applied to important variables at a department of psychosis, to show whether they could be used to track changes.
- B) Development officers and manager were included in a focus group, exploring the usefulness of SPC.

RESULT

The use of charts has the potential of showing shifts when they happen and its use can prompt different kinds of actions to address possible problems or challenges. Other than showing shifts, charts used can show how variation differs over time and between units.

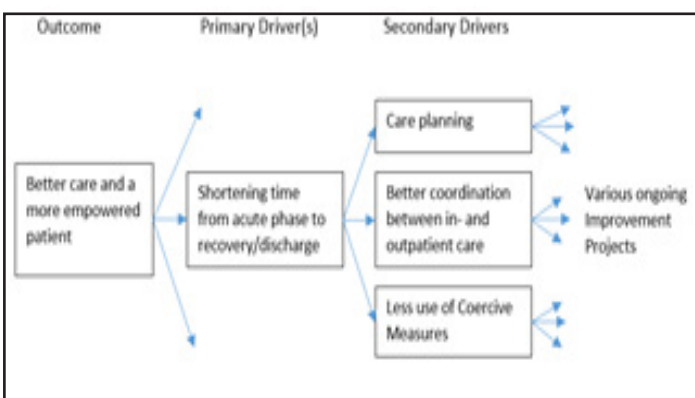
The perceived usefulness of control charts by managers and quality development officers matches the benefits and challenges identified in literature, making control charts a possible valuable tool for management and in improvement projects.

FUTURE APPLICATION

In order to make use of control charts in a cost effective way, automation in available systems, along with education, supervision and support are probably important to address. This could be done in PDSA cycles, gradually expanding the scope, to increase organisational learning.

FACTS

Year of graduation: 2016
 Name: Andreas Gremyr
 Email: andreas.gremyr@vgregion.se
 Organisation: Psykiatri Psykos, SU, VGR



Telemedicin inom barnsjukvård: familjers och professionellas upplevelser och medverkan vid pilotinförande av videokonsultationer

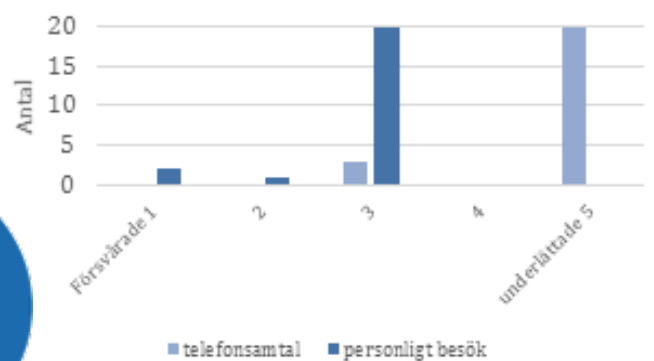
BAKGRUND

Sjuka barn i norra delarna av länet har inte samma tillgång till specifik barnkompetens på akutmottagningen på länsdelssjukhuset vilket försvårar bedömningar. Konsekvenserna blir sämre vårdkvalitet samt långa resor till länsjukhuset. Svårt sjuka barn som vårdas i hemmet av sin familj har behov av bättre stöd från barnsjukvården.

Videokonsultation testades i båda dessa sammanhang för att överbrygga gapet.



Hur påverkade videosamtalet förutsättningarna för bedömning jämfört med...



SYFTE & MÅL

Syftet var att skapa en ökad kvalitet i bedömningar av sjuka barn samt barnmedicinsk tillgänglighet för att bidra till ökad trygghet och vård på lika villkor.

Sju delmål sattes upp.

Kvantitativa mätningar kombinerades med kvalitativa intervjuer och observationer för att fånga både fakta och upplevelser.

RESULTAT

Vid 23 tillfällen användes videokonsultation mellan familj och barnsjukvården, och skattades bättre än ett telefonsamtal och likvärdigt eller något sämre än ett personligt möte.

Vid 2 tillfällen användes videokonsultation mellan sjukhusen, involverade läkare och patienter såg fördelar.

Visuell information var ett bra komplement till den verbala och underlättade bedömningar.

Det visuella i videokonsultationer underlättade även för barnen att känna igen och att vara delaktiga.

Videokonsultationer ledde till något färre resor mellan sjukhus och mellan hem och sjukhus, vilket uppskattades av familjerna.

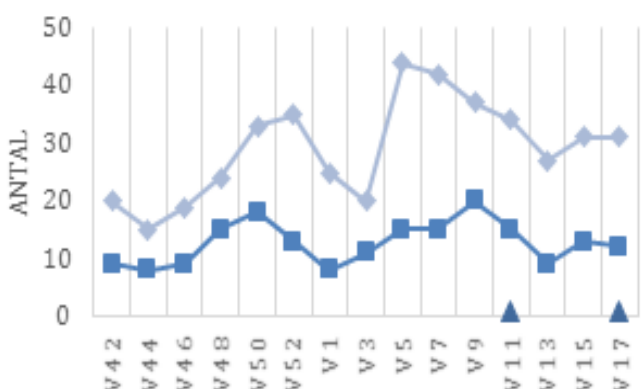
NÄSTA STEG

Permanent videokonsultationer mellan akutmottagningen i norra delarna av länet. Testa mellan södra delen av länet? Permanenta möjligheten till videokonsultation mellan familj och barnsjukvård.

FAKTARUTA

Examensår: 2016
 Namn: Maria Ljungberg
 Email: maria.ljungberg@ltdalarna.se
 Arbetsgivare: Landstinget Dalarna
 Enhet: Barn och ungdomsmedicin
 Initiativ till utbildningen. Jag

—♦— besök till med-jour
 ■ telefonkonsultation
 ▲ videokonsultation



Att gå från reaktiv till proaktiv - en tidig bedömning för behov av venös kärlaccess.

BAKGRUND

Att säkerställa venös access för att kunna ge intravenös behandling är ett av de vanligaste ingreppen för patienter inom slutenvården. I dagsläget är arbetssättet ofta reaktivt och först när möjligheten till att använda perifera kärl är uttömd kommer frågan om alternativa kärlaccesser upp. Detta trots att flertalet studier visar på stora vinster med en tidig åtgärd och bedömning av kärlaccessbehov.



SYFTE & MÅL

Syftet med förbättringsarbetet är att säkerställa att samtliga patienter som vårdas på KAVA får/har en behovsanpassad infart för att undvika onödiga stick.

Målet är att behovsbedömningen ska göras inom 24 timmar från ankomst till avdelningen och den eventuella alternativa infarten (midline resp. PICC-line) skall vara på plats inom ytterligare 24 timmar

RESULTAT

Från ett reaktivt arbetssätt då denna bedömning gjordes när problem redan hade uppstått till att vi idag arbetar proaktivt med ankomstbedömningar får ses som ett lyckat resultat.

I mätningar, som presenteras i ett styrdiagram, kan en tydlig förbättring ses efter vecka 14 i andel bedömda patienter inom 24 timmar (se Bilaga 1).

FÖRBÄTTRINGSIDÉER

PDSA 1: Ett beslutsunderlag infördes för att bedöma kärlaccessbehov

PDSA 2: En journalmall för läkar-dokumentation modifieras

PDSA 3: Arbetssätt förändras och kärlaccessbedömningen blir obligatorisk term vid ankomstsstatus

NÄSTA STEG

Framöver kommer arbetet gå ut på att ytterligare finslipa processen och den dagliga bedömningen av förändrade behov hos patienten behöver ligga i fokus. Önskvärt vore även att hitta ett sätt att synliggöra det minskade lidandet som detta arbetssätt innebär för patienten.

HUR VET DU ATT EN FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING?

För att mäta detta har andel bedömda patienter inom 24 timmar följts veckovis.

(Se Bilaga 1)

Även processemåttet tid till åtgärd för respektive kärlaccess, midline eller PICC-line, har följts upp.

FAKTARUTA

Examensår: 2016

Namn: Emma Sandström

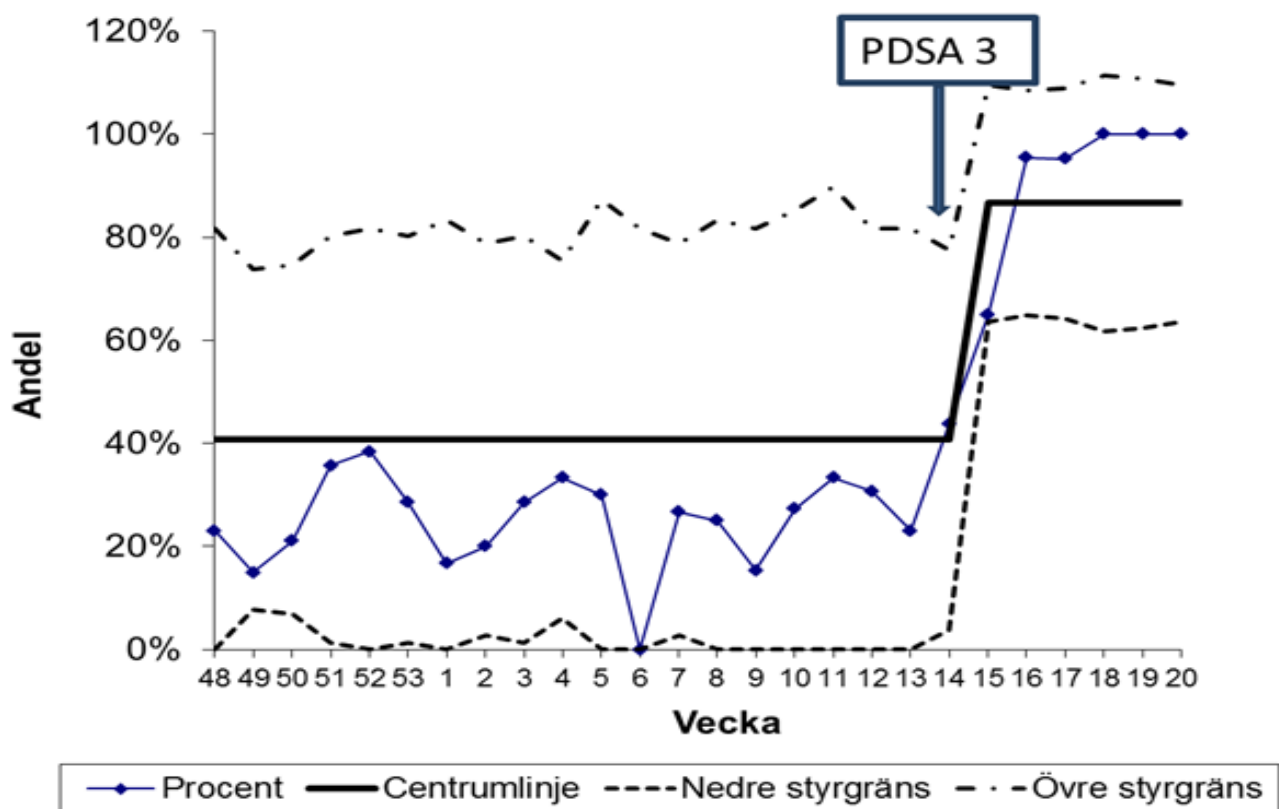
Email: emma.sandstrom@karolinska.se

Arbetsgivare: Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Enhet: Akutkliniken, KAVA

Initiativ till utbildningen: Jag

Studera under arbetstid: Ja, 15



Resultatmått: Andel patienter bedömda avseende behov av venös kärlaccess inom 24 timmar från ankomst till avdelning

Processmåttet: 100 % av midlines och 89 % av PICC-lines sattes inom 24 timmar från det att beslut fattades.

Rätt behandling med hjälp av prioriteringsriktlinjer

BAKGRUND

I svensk hälso- och sjukvård skall prioriteringar utgå från de tre principerna i den etiska plattformen: Människovärdesprincipen, Behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Habiliteringen i Västra Götaland har utvecklat ett beslutstöd för prioriteringar med utgångspunkt från den nationella modellen för öppna prioriteringar. Någon tydlig plan för hur implementeringen skulle ske har inte funnits.

SYFTE & HYPOTES

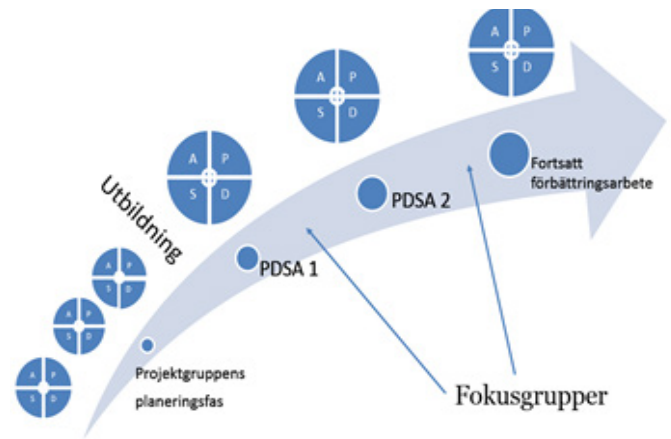
Syftet med förbättringsarbetet var att börja använda beslutsstöd vid val av behandlingsåtgärder för att underlätta prioriteringar inom Habiliteringen. Hypotesen var att om beslutsstöd används vid val av behandlingsinsats skall en mer likvärdig vård kunna uppnås

HUR VET DU ATT DENNA FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING?

Förbättringsarbetet har följts med två olika processmått:

- Väntetid till behandlingsstart när beslutstöd har använts.
- Vilken typ av behandling som genomförts.

Som komplement till mätningarna har medarbetarnas upplevelser och lärdomar fångats med fokusgrupper.



RESULTAT

Än går det inte att utläsa om förbättringsarbetet ger mer likvärdig vård. Det vi däremot kan se är en minskning av väntetiden från beslut till behandling. Detta inträffade i samband med att de tre olika teamen fick ett ökat inflytande över förbättringsarbetet från PDSA 2.

Medarbetarna anser att det blir enklare att prioritera från väntelistan om de planerade behandlingsinsatserna är rangordnade.

NÄSTA STEG

Förbättringsarbetet fortsätter i de tre olika teamen. Fler åtgärder än enbart nya behandlingsinsatser kommer att rangordnas. Som resultatmått behöver uppfylld effekt i förhållande till satta behandlingsmål följas.

FAKTARUTA

Examensår: 2016

Namn: Erik Kullingsjö

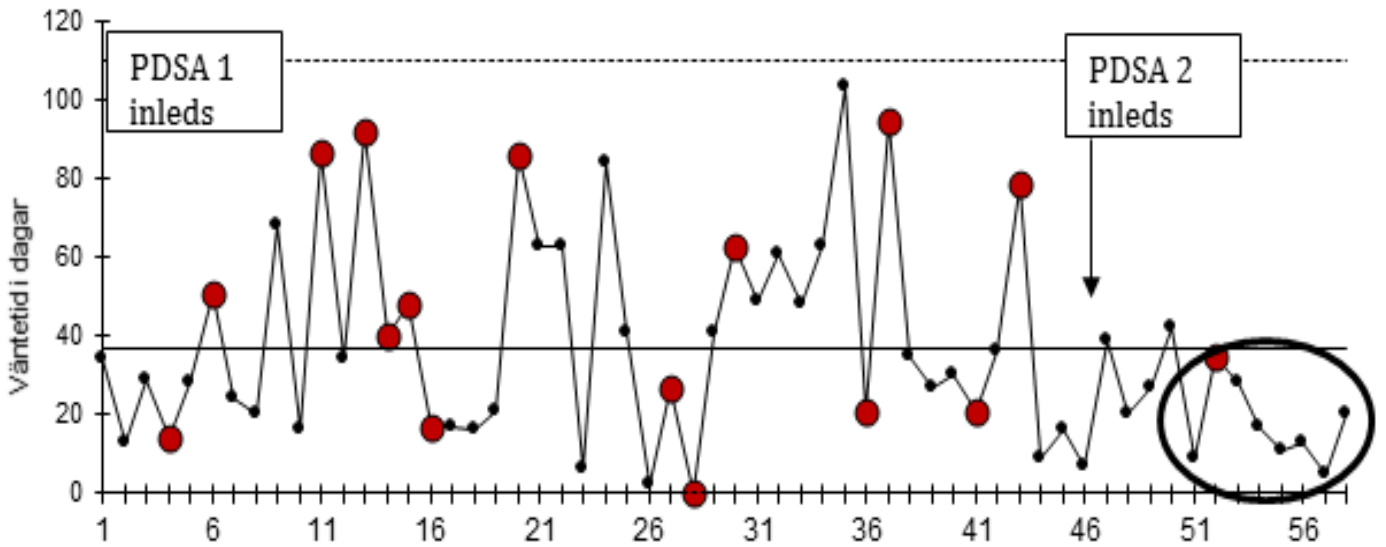
Email: erik.kullingsjo@vgregion.se

Arbetsgivare: Västra Götalandsregionen

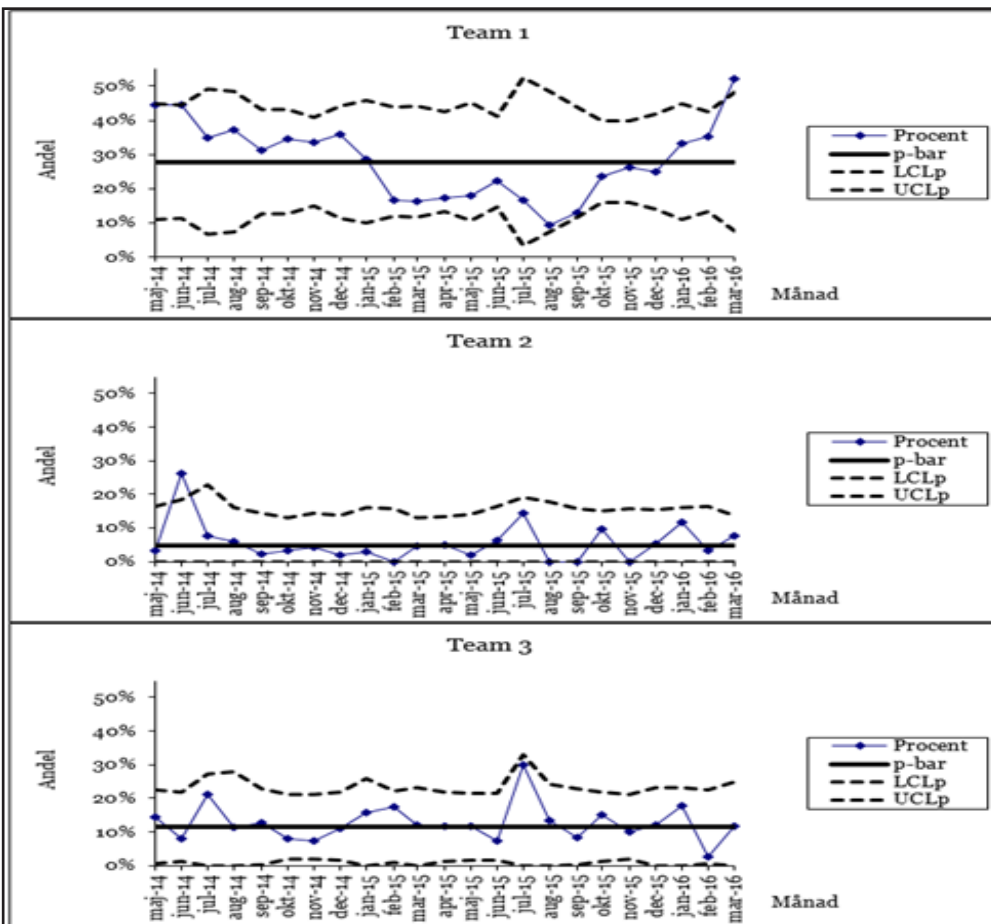
Enhet: Habiliteringen- Barn o Ungdom, Uddevalla

Initiativ till utbildningen: Jag

Studera under arbetstid: Ja



Figur 1. Väntetid från beslutsdatum till behandlingsinsatsen startar. De stora punkterna visar behandlingsinsatser rangordnade 6-8. Övriga punkter motsvarar rangordning 2-5. X-axeln visar besluten i kronologisk ordning utifrån när de togs.



Figur 2. Jämförelse mellan de tre teamen gällande hur stor andel av de totala behandlingsinsatserna som gäller hjälpmedel till patienter med autismspektrumstörning.

Ett förbättringsarbete om att öka patientens delaktighet genom att införa personcentrerad vård på en kardiologisk vårdenhet

BAKGRUND

Enligt nationella patientenkäten är patienterna på vårdenheten nöjda med bemötandet och har stort förtroende för medarbetarna. Däremot är patienterna inte delaktiga i genomförandet av vården. Ett sätt att öka patientens delaktighet är personcentrerad vård. Det är ett förhållningssätt där vården utgår från patientens upplevelse av situationen samt individens förutsättningar, resurser och hinder. Forskning har visat att personcentrerad vård kan ge en mer effektiv vård med högre kvalitet och mer delaktiga patienter.

SYFTE & MÅL

Förbättringsarbetets syfte är att öka patientens delaktighet genom att införa personcentrerad vård. Målet är att 100 procent av patienterna ska ha sina förväntningar om vårdtidens innehåll dokumenterade inom 24 timmar från ankomst till sjukhuset.

FÖRBÄTTRINGSIDÉER

Förbättringsarbetet genomfördes enligt Nolans förbättringsmodell med tester i liten skala, utifrån PDSA (plan-do-study-act)

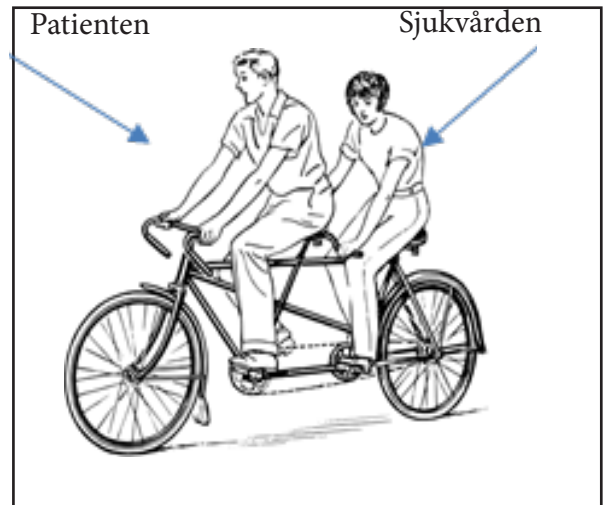
PDSA 1: Öka patienternas möjlighet till delaktighet under bedside överlämning PDSA 2: Öka patienternas möjlighet till delaktighet under ankomstsamtalen.

HUR VET JAG ATT EN FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING?

En utskrivningsenkät om delaktighet delades ut till cirka tio patienter/vecka. Medelvårdtid, återinläggningar inom 30 dagar och andelen patienter som kunde skrivas ut till hemmet följdes också veckovis. Från och med andra PDSA-hjulet gjordes journalgranskningar avseende om patientens förväntningar fanns dokumenterade.

FAKTARUTA

Examensår: 2016
Namn: Birgitta Wranne
Email: birgitta.wranne@sodersjukhuset.se
Arbetsgivare: Södersjukhuset AB, SLL.
Enhet: Avdelning 51, vo Kardiologi



RESULTAT

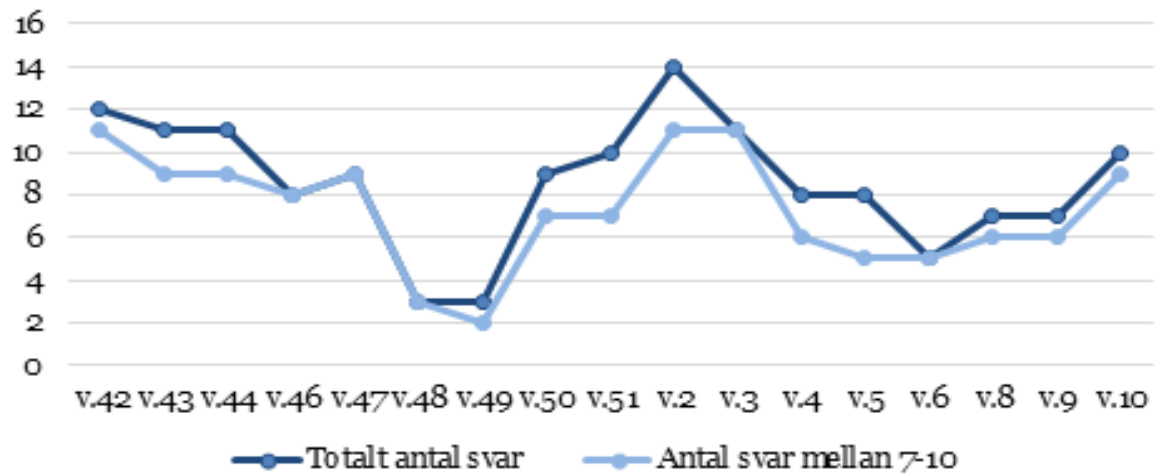
Att förändra ett förhållningssätt behöver få ta tid. Det ställer också stora krav på både medarbetare och chefer. Mätningarna kunde inte påvisa någon skillnad under den tid som förbättringsarbetet genomfördes. Målet att alla patienter skulle ha sina förväntningar dokumenterade i journalen uppnåddes inte fullt ut, vilket bl.a. kan förklaras av att alla patienter inte kunde svara på frågan, samt att alla inte tillfrågades.

NÄSTA STEG

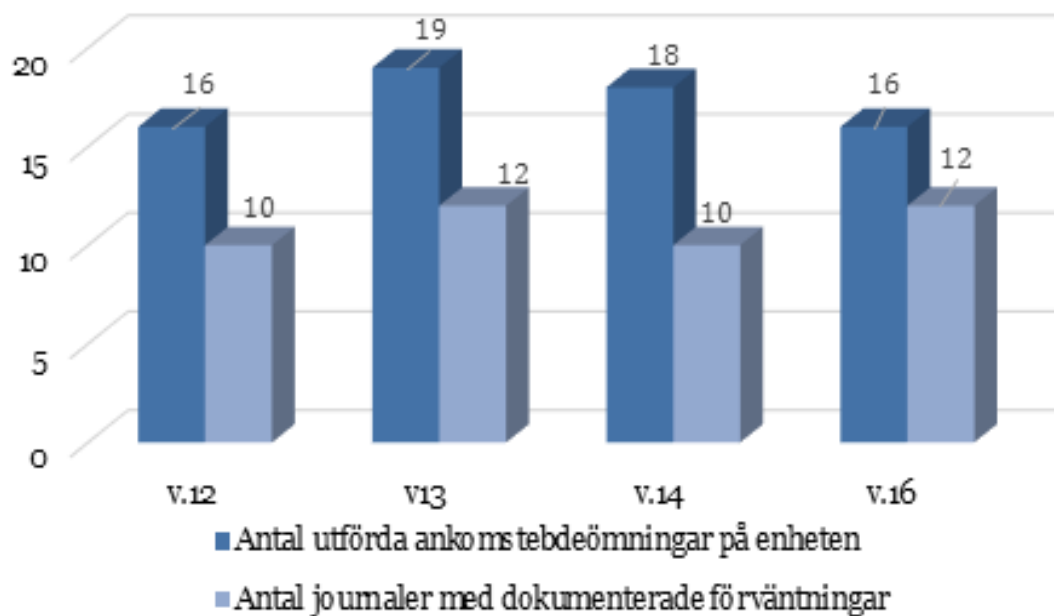
Nästa PDSA är att införa en dokumenterad överenskommelse (vårdplan) som ska utgå från patientens förväntningar, där vårdtidens längd och innehåll beskrivs. Lärdomar från förbättringsarbetet kommer att spridas till resten av organisationen.



Fråga: Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling så mycket som du önskade?
10= helt och hållet, 0= inte alls



Dokumentation av patientens förväntningar i journalen



Jämlik och personcentrerad stroke-rehabilitering. En fallsdie av ett förbättringsarbete på Rehabenheten i Luleå kommun

BAKGRUND

Endast hälften av strokepatienterna var nöjda med de rehabiliteringsinsatser de fått ett år efter insjuknande visade öppna jämförelser 2015. För att prioritera detta och att förbättra kommunens del inom rehabiliteringen startade Luleå kommuns ledning ett förbättringsarbete, under hösten 2015. Rehabgruppen tillsatte ett förbättringsteam bestående av arbetsterapeuter och fysioterapeuter från olika enheter.

SYFTE & MÅL

Syftet med förbättringsarbetet var ökad jämlikhet och personcentrering i stroke-rehabiliteringen.

Målet var att till 1 mars 2016 uppnå att alla personer med stroke i ordinärt boende har erbjudits personcentrerad bedömning och minst 50% påbörjat rehabiliteringsperiod med personcentrerade mål.

HUR VET DU ATT DENNA FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING?

Mått;

- Andel personer med stroke som har aktuell rehabplan (ökar).
- Andel personer med stroke som har personcentrerade mål (ökar).

RESULTAT

Förändringsidéer har identifierats utifrån en påverkansanalys och testats i tre PGSA, bl a: Rehabplan: en utvecklad rehabplan med en ICF-struktur har utarbetats, utvecklad för att ha samma struktur i vårdkedjan.

Personcentrerade mål: ett nytt instrument, Canadian Occupational Performance Measure, COPM, prövas som stöd för ett personcentrerat arbetssätt för att formulera mål med rehabiliteringen.

Mätningar fram till 1 mars visar inga förändringar. En ny rutin har utarbetats och införs från 1 april. Efter det kan förändringar förväntas. Under den begränsade tidsperioden var målet inte möjligt att uppnå.

NÄSTA STEG

Arbetet går vidare för att ta reda på om förändringsidéen håller. Om tester visar positivt resultat planeras fler PGSA inom andra områden identifierade utifrån påverkansanalysen. På sikt finns tankar på att införa personcentrerat arbetssätt för fler grupper.

FAKTARUTA

Examensår:2016

Namn: Christina Lundqvist

Email: christina.lundqvist@arbetsterapeuterna.se

Arbetsgivare: Privat; Sveriges Arbetsterapeuter

Enhet där förbättringsarbetet utförts: Rehabenheten, Luleå kommun

Initiativ till utbildningen: Jag

Resan har bara börjat

Masterprogrammet i kvalitetsförbättring och ledarskap syftar till att utveckla deltagarnas förmåga att leda och förbättra vård och omsorg. Det ska leda till bättre hälsa och välfärd samt en god resurshushållning.

För att lyckas med det krävs en kombination av teori och praktik och framför allt - medarbetare som vågar låta den båt de sitter i komma i gungning. Det förutsätter att det finns ledning och medarbetare som förstår värdet av det förbättringsarbete som görs och inte låter förbättringsivraren som leder arbetet att trilla över bord.

Den här boken är fylld med exempel på hur det kan gå till att bedriva ett förbättringsarbete. Samtidigt som deltagarna har utvecklat bättre vård, omsorg och socialt arbete har de lagt grunden för sitt fortsatta arbete. Det handlar om ständiga förbättringar, alltså en resa som just har börjat.

Vi ser fram emot att få se er med era nya färdigheter sätta avtryck både nationellt och internationellt. Det finns så många gap som behöver överbryggas!

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

Boel Andersson Gäre
Professor och Föreståndare

Marlene Ockander
Lektor och Enhetschef