



Årsbok 2024

Masterstudenternas årsbok 2024
Kvalitetsförbättring och Ledarskap
inom Hälsa och Välfärd



Innehåll

Förord

Arad Asadi Khansari	Förbättringsarbete kring samverkan mellan barnläkare och farmaceuter i syfte att underlätta hantering av licensläkemedel för barn
Gabriella Kalodimos sköra äldre	Minska komplikationer orsakade av perifer venkateter för multisjuka
Kristina Carlsson län	Jämlik vård för patienter i behov av specialiserad hemsjukvård i Örebro
Martin Zetterlund	Parallella förbättringar sätter fokus på prevention av vårdrelaterade infektioner - för att bygga en hållbar förändring över tid
Salma Eldakak	Förbättringsarbete av patientförberedelser vid spirometriundersökningar
Sara Zechel	Vägen till arbete eller studier – förbättrade möten med arbetsförmedlare
Ashini Kohomange	Minska väntetider för barnpatienter som genomgår en elektroencefalografi (EEG)-undersökning
Elin Lingman	Främjande arbete för att stärka familjer med ekonomiska svårigheter
Louise Hansten	Samskapande av första länken i en frakturkedja
Tanja Rolfson	Att samskapa ett föräldraskapsstöd inom VGR- nyblivna föräldrar och barnmorskor arbetar tillsammans
Julia Larsson	Kortare tid till svar på långtids-EKG

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 har stor potential att verkligen göra skillnad. 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 årsboken 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 Avdelningen för kvalitetsförbättring och ledarskap/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 kvalitetsbristgap som ska överbryggas! Ni påbörjade er utbildning under pandemin, vilken har givit både stora prövningar men också visat att det går att på kort tid ställa om och förändra arbetssätt på ett sätt som vi inte trodde var möjligt. Ta med den kraften in i kommande arbete. Samtidigt som vi måste måna om balansen mellan det privata livet, arbetslivet och tid för utbildning.

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 Avdelningen för kvalitetsförbättring och ledarskap samt Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare och fortsätter hålla kontakten med oss. Det finns möjligheter att fortsätta sin resa efter masterutbildningen. Om studenten känner sig manad att gå vidare med att bedriva praktiska forskning om förbättringsarbete, så har Hälsohögskolan också forskarskolan Hälsa och välfärd. Därför säger vi: på återseende och stort lycka till framöver!

Eva-Mari Blomqvist
Avdelningschef och Programansvarig

Christina Petersson
Föreståndare för Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare

Förbättringsarbete kring samverkan mellan barnläkare och farmaceuter i syfte att underlätta hantering av licensläkemedel för barn

Bakgrund

Det finns en utmaning vid förskrivning av licensläkemedel på barnavdelningen vid Vrinnevi sjukhus. Ledning, läkare och kliniska apotekare har visat intresse för att förenkla och effektivisera licensprocessen till förmån för både läkare och barn. Processen har varit komplex och ofta resulterat i dubbelarbete för både läkare och apotekspersonal, samtidigt som barn och deras vårdnadshavare har drabbats av förseningar i läkemedelsutlämningen, ibland med behov av ytterligare besök för nytt recept när läkare ovetande förskrivit läkemedel som inte finns tillgängliga.

Patient involvering

Vi lyckades ta fram ett informationsblad för vårdnadshavare för att de skulle förstå processen bättre och lättare kunna få kontakt med sjukhuset vid behov. Direkt Involvering av patienter (barn) eller vårdnadshavare var inte möjlig på grund av frånvaron av en etablerad metod för en student att lokalisera föräldrar vars barn fått licensläkemedel var begränsad.

Syfte och Mål

Att skapa samverkan mellan läkare och kliniska apotekare kring hantering av licensläkemedel för barn i syfte att minska läkarnas arbetsbelastning och underlätta utlämning av medicin för föräldrar vars barn har licensläkemedel. Det SMART:a målet var att minst 50 % av läkarna skulle ha bitt om hjälp med licensförskrivning till dec 2023.

Förändringsidé

Förändringsidén var att skapa ett nytt sätt för samverkan mellan barnläkare och kliniska farmaceuter som inte funnits tidigare. Ett nytt arbetssätt/rutin som är avgörande för att säkerställa att barn får tillgång till sina mediciner med minimala fördröjningar. Idén är att läkare får stöd från farmaceuter för att underlätta processen och underlättar för barn att få sina mediciner apoteket.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Projektledaren har tillsammans med läkare och kliniska apotekare genomfört möten och workshops där man diskuterat utmaningarna och varit samlade för att hitta lösningar, något som inte gjorts tidigare på detta sätt. Möjliga lösningar har framkommit genom detta samarbete. Efter nära samarbete med kliniska apotekare utformades en ny rutin (PDSA #1) och informationsblad för föräldrar (PDSA #2). Mätningar utfördes mellan vecka 40 och 50 där effekten av förbättringsarbetet utvärderades. Efter att rutinen godkändes av sjukhusledningen deltog läkare och kliniska apotekare i en workshop för att introduceras till det nya arbetssättet, vilket möjliggjorde att mätningar kunde genomföras. Det är viktigt att påpeka att inte har funnits tidigare kring licensförskrivningsprocessen därmed blir baslinjen noll samt saknas av juridiska skäl. Läkemedelsverket har nekat tillgång till data som skribenten sökte som berörde individdata och information om deras läkemedel vilket är sekretessbelagd.

Mätning 1








I första workshoppen ingick sju läkare och en klinisk apotekare för att diskutera hantering av utmaningar. Att engagera och involvera dem har varit viktigt för att kunna hitta lösningar och skapa samverkan. Under workshoppen kunde läkare beskriva sina utmaningar med licenshanteringen, vilket antecknades och visualiserades i ett Ishikawa-diagram. Lösningar på utmaningarna utarbetades genom samarbete med kliniska farmaceuter, i form av en ny rutin och involvering av vårdnadshavare med ett informationsblad om licensprocessen och dess olika steg.

Mätning 2

Innefattade samma grupp där lösningen på problemet presenterades i form av en ny arbetsrutin och informationsblad till föräldrar. Läkarna var positiva till stödet och ställde frågor om det nya arbetssättet. Ny arbetssätt innebar att innan licens kunde färdigställas skulle kliniska farmaceuter konsulteras, som i sin tur kontrollerade tillgängligheten av det valda läkemedlet på apoteket. På så vis säkerställdes att barnen kunde få sina mediciner i rätt tid utan fördröjningar.

Figur 1

Mätning av samverkan mellan läkare och kliniska farmaceuter kring licensförskrivning

Involverade läkare	Antal Licensförskrivningar	Har vid något av tillfällena önskat stöd från farmaceut
Läkare 1	3	 Ja
Läkare 2	0	 Nej
Läkare 3	0	 Nej
Läkare 4	2	 Ja
Läkare 5	2	 Nej
Läkare 6	3	 Ja
Läkare 7	1	 Ja

Kommentar: mätningen från v.40-v.50, visar att 4 av 7 läkare läkarna som ingick i förbättringsarbete tagit stöd av kliniska farmaceuter vid ett eller flera tillfällen vid förskrivning av licensläkemedel och således arbetat enligt de nya etablerade rutinen.

Resultat

Resultatet av PDSA #1 var att en ny arbetsrutin arbetades fram och godkändes av ledningen. Denna arbetsrutin utvecklades med hjälp av läkarna och kliniska farmaceuter och introducerades under en workshop tillsammans med informationsbladet (PDSA #2), vilket arbetats fram av kliniska farmaceuter. Mätningen i figur 1 illustrerar antal läkare som tog hjälp av kliniska farmaceuter. Mätningen visar fyra utav sju läkare sökt hjälp från kliniska apotekare med licensprocessen, vilket innebär att mer än hälften av läkarna arbetade enligt den nya rutinen som utformades genom förbättringsarbete. Läkarna fick även tillgång att dela ut till vårdnadshavare. Kliniska farmaceuters kunskap och stöd såväl läkarnas gav möjlighet till samverkan, vilket skapade ett nytt sätt att samverka mellan dessa professioner.

Nästa steg

Farmaceuterna arbetar vidare med att jobba närmare läkarna och arbetar med att stärka samverkan som har byggts upp kring licensläkemedelsprocessen. De arbetar med att vara tillgängliga och genom fortsatt informationsspridning via mejl.

Kontaktuppgifter

Namn: Arad Asadi Khansari

Email: Arad.k.90@gmail.com

Arbetsgivare: Apotek Hjärtat

Enhet: Ica Maxi Kungsbacka

Minska komplikationer orsakade av perifer venkateter för multisjuka sköra äldre

Bakgrund

Förbättringsarbetet genomfördes på en geriatrisk akutvårdsavdelning inom Karolinska Universitetssjukhuset. Inneliggande patienter var multisjuka och sköra äldre. Majoriteten av alla patienter erhåller en perifer venkateter (PVK) under sin vistelse. Patienter med hög skörhetsgrad och multisjuklighet är också ofta infektionskänsliga och löper ökad risk för att drabbas av komplikationer så som infektioner och tromboflebit. Före starten av förbättringsarbetet rådde det ett mörkertal om i vilken utsträckning patienterna drabbades av komplikationer från sin PVK.

Patientinvolvering

Under förarbetet till förbättringsarbetet intervjuades 5 patienter om vad som var viktigt för dem att känna till när de hade en PVK. Intervjuunderlaget utgjorde grund för framtagande av ett informationsblad till patientbroschyr. Under förbättringsarbetet utgjorde mötet med patienterna en central del där de fått svara på frågor om sina upplevelser gällande obehag och smärta från sin PVK.

Syfte och Mål

Övergripande syfte med förbättringsarbetet var att minska komplikationer associerade till PVK:er genom införande av strukturerad arbetsprocess för ökad följsamhet till evidensbaserat förbättringsåtgärds paket. Målet skulle vara uppnått fram till 5 maj 2024.

Förändringsidé

Förbättringsåtgärderna baserades på evidensbaserade kvalitetsindikatorer som presenteras i figur 1 som sattes ihop till ett åtgärds paket. Nolans förbättringsmodell användes i förbättringsarbetet för att kunna följa upp förändringar som ledde till förbättringar. Tillvägagångssätt för förbättringsaktivitet som ämnade främja till sjuksköterskornas beteende var inspirerade av COM-B modellen.

Figur 1

Kvalitetsindikatorer som ingick i det evidensbaserade förbättringsåtgärds paketet

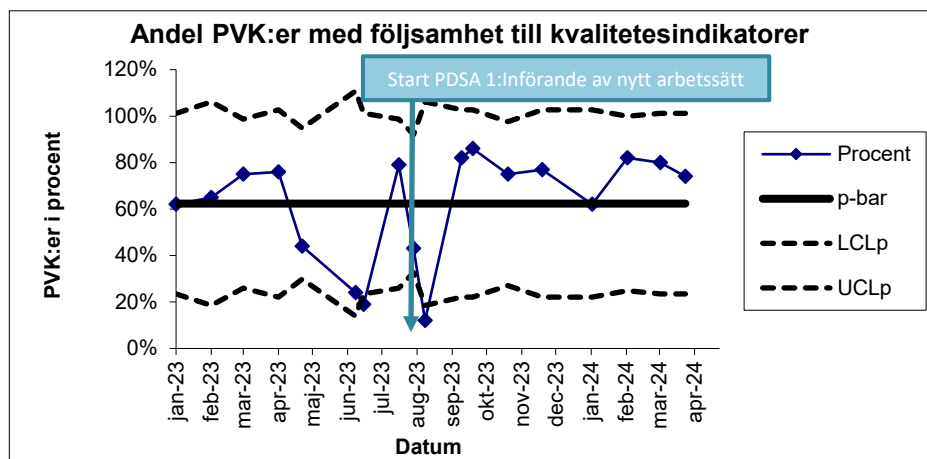


Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Genom att följa andel av insatta PVK:er med följsamhet till evidensbaserade kvalitetsindikatorer i ett p-diagram (figur 3) kunde insatta förbättringsåtgärder utvärderas. Styrdiagram över andel PVK:er med bristfälligt utförda inspektioner eller som hade avsaknad från en aktivitetsplan (figur 4) visade förändring av sjuksköterskornas beteende gällande utförande av komplikationsförebyggande åtgärd.

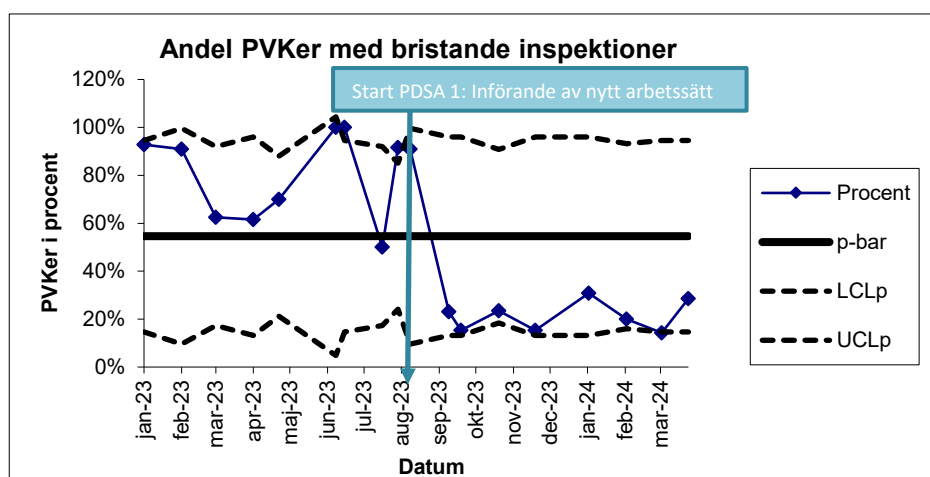
Figur 3

Styrdiagram över andel insatta PVK:er med följsamhet till kvalitetsindikatorerna



Figur 4

Styrdiagram över andel PVK:er med bristfälligt utförda inspektioner eller med avsaknad av en aktivitetsplan



Resultat

Under förbättringsarbetet granskades totalt 262 PVK:er. Från start av förbättringsarbetet har följsamheten varierat (figur 3) mellan 62 till 86 procent dessutom har samtliga mätpunkter befunnit sig ovanför centrumlinjen vilket visar en god indikering på att en systematisk förändring har inträffat. Andel PVK:er med bristfälligt utförda inspektioner har minskat (figur 4). Sjuksköterskornas följsamhet till kvalitetsindikatorerna har ökat sedan starten av förbättringsarbetet vilket innebär att sjuksköterskors beteende till att göra rätt har främjats.

Nästa steg

Observationer av PVK i form av punkt prevalensmätning planeras införas på alla avdelningar inom geriatriska kliniken. Dokumentationen är den kvalitetsindikatorn som fortsatt behöver förbättras och ytterligare förändringsinitiativ är inplanerade. Bättre digitalt stöd i form av realtidstavla för lättare identifiering av PVK:ers varaktighet planeras att arbetas fram.

Kontaktuppgifter

Namn: Gabriella Kalodimos

Email: gabriella.kalodimos@regionstockholm.se

Arbetsgivare: Karolinska Universitetssjukhuset

Enhet: Geriatrisk akutmottagningsavdelning (<https://www.karolinska.se>)

Jämlik vård för patienter i behov av specialiserad hemsjukvård i Örebro län

Bakgrund

I Örebro län dör ca 3000 personer varje år. Uppskattningsvis 80 % av dessa är i behov av palliativa vårdinsatser. De flesta patienter får sin vård via primärvården medan patienter som har komplexa symtom kan behöva specialiserad vård. Den specialiserade palliativa vården är olika omfattande beroende på var i länet patienten bor. Nära centralorten Örebro samt i västra länsdelen finns specialiserade palliativa team i regionens regi medan det i andra delar av länet endast finns resurser via primärvård och kommun. Specialiserade mobila team är också en viktig resurs för äldre, sköra patienter som kan få vård i hemmet utan att behöva söka via akutmottagningen.

Förändringsidé

Geriatriska kliniken har två mobila team: ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) och GÖT (Geriatriska öppenvårdsteamet). Teamen har olika inriktningar och patientklientel. Genom att göra en omorganisation där de två teamen sammanfogas till ett team kan klinikens resurser i form av personal, utrustning, bilar, material och lokaler utnyttjas mer effektivt. På så sätt frigörs resurser för att kunna nå ut med specialiserad hemsjukvård till fler patienter, både i Örebro kommun och i länets övriga delar.

Patientinvolvering

Samtliga inskrivna patienter i de båda teamen fick innan förbättringsarbetets början svara på frågor avseende delaktighet, kontinuitet, bemötande och tillgänglighet. Frågorna ställdes via pappersenkät som skickades ut och där svaren sammanställdes.

Syfte och Mål

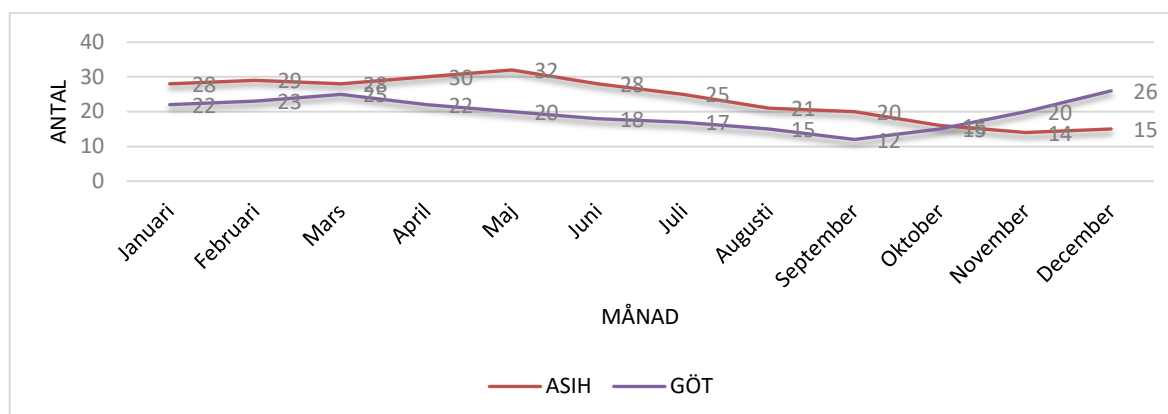
Det övergripande syftet med förbättringsarbetet var att öka tillgången till specialiserad hemsjukvård för palliativa och multisjuka, sköra äldre genom en sammanslagning av två existerande mobila team. Det specifika syftet med förbättringsarbetet var att teamens medlemmar tillsammans med projektgrupp skulle utveckla fysiska och kompetensmässiga förutsättningar samt gemensamma lednings- och arbetsätt för att kunna ge bästa möjliga vård till länets invånare.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Uttag av statistik visade att de båda teamen under 2023 haft en ojämn arbetsbelastning avseende antal inskrivna patienter. I perioder har patienter behövt sättas upp på väntelista beroende på att teamet inte haft möjlighet att ta sig an dem. Genom att följa antalet inskrivna patienter månad för månad fås en bild av om sammanslagningen av teamen ger önskad effekt, dvs att antal inskrivna patienter ökar.

Figur 2

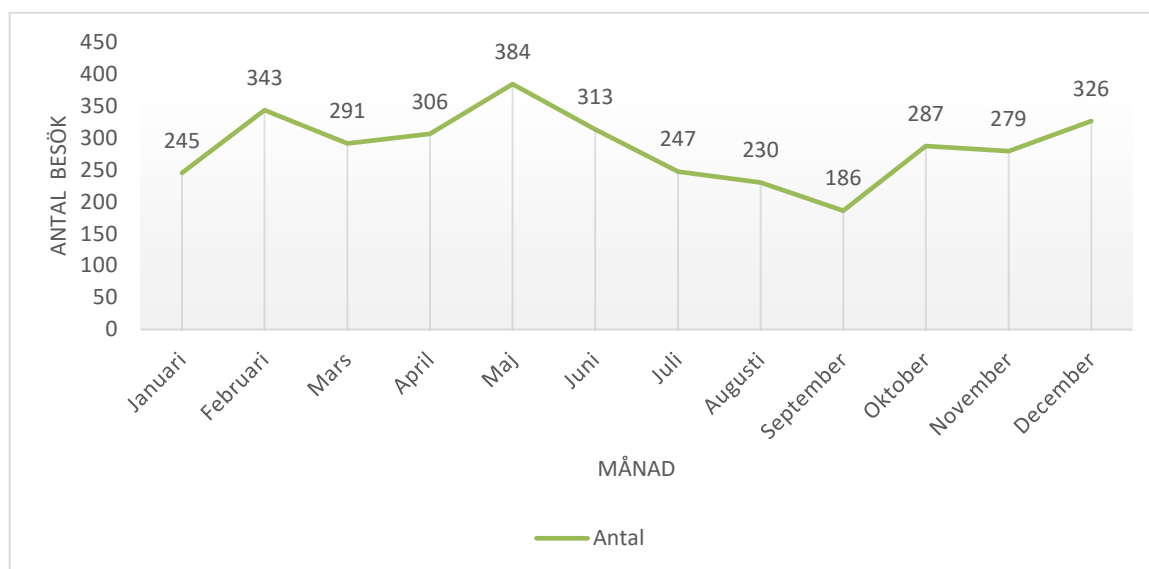
Antal inskrivna patienter i de två teamen under 2023



Uttag av statistik visar också antal genomförda sjuksköterskebesök per månad. Uppföljning av antal besök per månad ger svar på om kapaciteten ökar genom teamens sammanslagning.

Figur 3

Antal genomförda sjuksköterskebesök under 2023



Resultat

Projektgruppen har tillsammans med teamets medlemmar, utifrån det specifika syftet, arbetat med frågor rörande arbetsmiljö, ledning och styrning samt kompetensutveckling:

- De två teamen har flyttat ihop rent fysiskt och delar nu lokaler och kontor.
- Nödvändiga externa lokaler såsom behandlingsrum och läkemedelsrum är upprättade och i funktion.
- En gemensam enhetschef är tillsatt för det nya teamet.
- En inventering av kompetensutveckling har genomförts och en handlingsplan tagits fram för hur utbildning och kompetensutveckling ska genomföras under hösten.

Resultatet från den patientenkät som genomfördes visar att de patienter som får hjälp av ASIH/GÖT är mycket nöjda med den vård de erhåller avseende kontinuitet, delaktighet, bemötande och tillgänglighet. Enkäten kommer att upprepas till hösten när omorganisationen är satt.

Nästa steg

Nästa steg i förbättringsarbetet blir att arbeta med ett gemensamt arbetssätt i den nya organisationen. Även här kommer medarbetarna bli involverade i arbetet. Därefter kan uttag av statistik ge svar på om arbetet gett det resultat som önskats utifrån det övergripande syftet dvs att öka tillgången till specialiserad hemsjukvård för palliativa och multisjuka, sköra äldre genom en sammanslagning av de två existerande mobila teamen.

Kontaktuppgifter

Namn: Kristina Carlsson

Email: kristina.carlsson@regionorebrolan.se

Arbetsgivare: Region Örebro Län

Enhet: Geriatriska kliniken

Parallella förbättringar sätter fokus på prevention av vårdrelaterade infektioner - för att bygga en hållbar förändring över tid

Bakgrund

Vårdrelaterade infektioner (VRI) innebär att patienter som får vård, behandling eller omsorg drabbas av en infektion. Det utgör hot globalt som lokalt och driver på antibiotikaanvändning med resistensutveckling. Mer än var tredje vårdskada i Sverige är en VRI. Det betyder lidande i form av längre vårdtider och fler vårdkontakter. World Health Organisation (WHO) guidelines för VRI prevention tillsammans med Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) framgångsfaktorer utgjorde grunden i Region Östergötlands strategi. Ledningens engagemang, kunskap hos medarbetare och stöd från Vårdhygien är framgångsfaktorer. Trots strategi finns gap mellan stödet som ges och verksamhetens behov. Samverkande workshop inledde arbetet.

Patientinvolvering

Patienter, chefer och medarbetare inbjöds i samverkan med levande bibliotek att delta i workshop. Genom stort engagemang och utifrån patientberättelser lyftes kunskap och erfarenheter fram. Patienter som varit drabbade av VRI anser att faktorer som minskad prestige, ökad transparens och att bli lyssnad på är viktiga faktorer i prevention av VRI. Vidare anser patienter det viktigt att bli involverade i vården som ges.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att genomföra parallella förbättringar för att minska de vårdrelaterade infektionerna på Ortopedisk vårdavdelning på Universitetssjukhuset i Linköping. Målet var att under 6 månader (november till april) minska antal vårdtillfällen av patienter med VRI med 25% (från 12% till 9%).

Förändringsidé

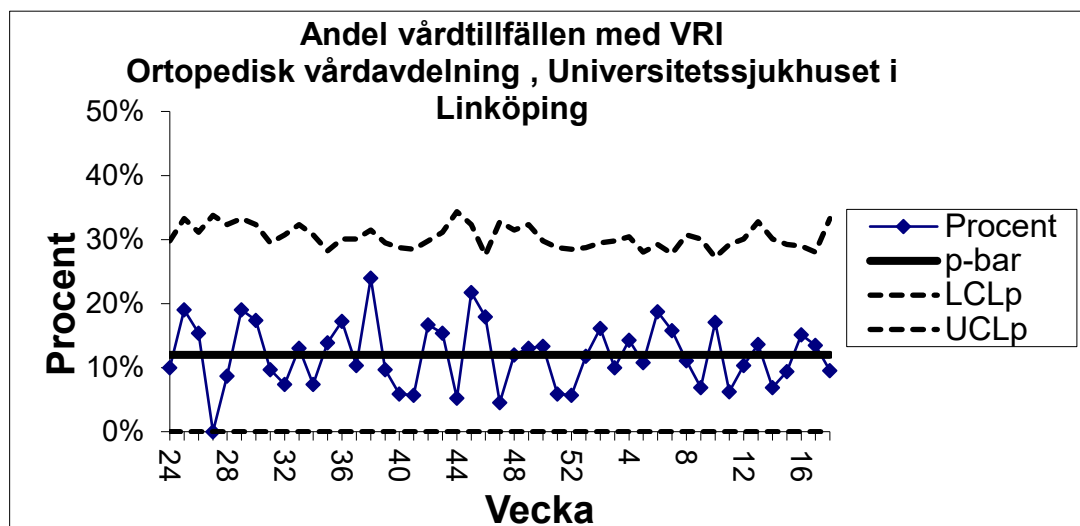
Med utgångspunkt i framtagna områden i workshop, konkretiserades detta i fem idéer till förbättring:

1. Medarbetare: Hygienobservationer med återkopplingar, scenarieövningar med vårdprofessioner på APT.
2. Kultur/klimat: Skapa samsyn i yrkesprofessionerna kring vikten av att förebygga VRI. Enkätuppföljning.
3. Systemstöd: Identifiera patientrisker i rond. Observationer på rond och dialog med rondgrupp.
4. Patient: Servicevärdar påminner om handhygien till dementa som använder handhygienservett vid måltid.
5. Ledning: Dialog med klinikledning om systematisk uppföljning av VRI bland annat genom årliga kontroller.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Genom att följa ett gemensamt huvudmått: andel vårdtillfällen med VRI kan förändring följas över tid.

Figur 2. Styrdiagram över mätning av andel vårdtillfällen med VRI.

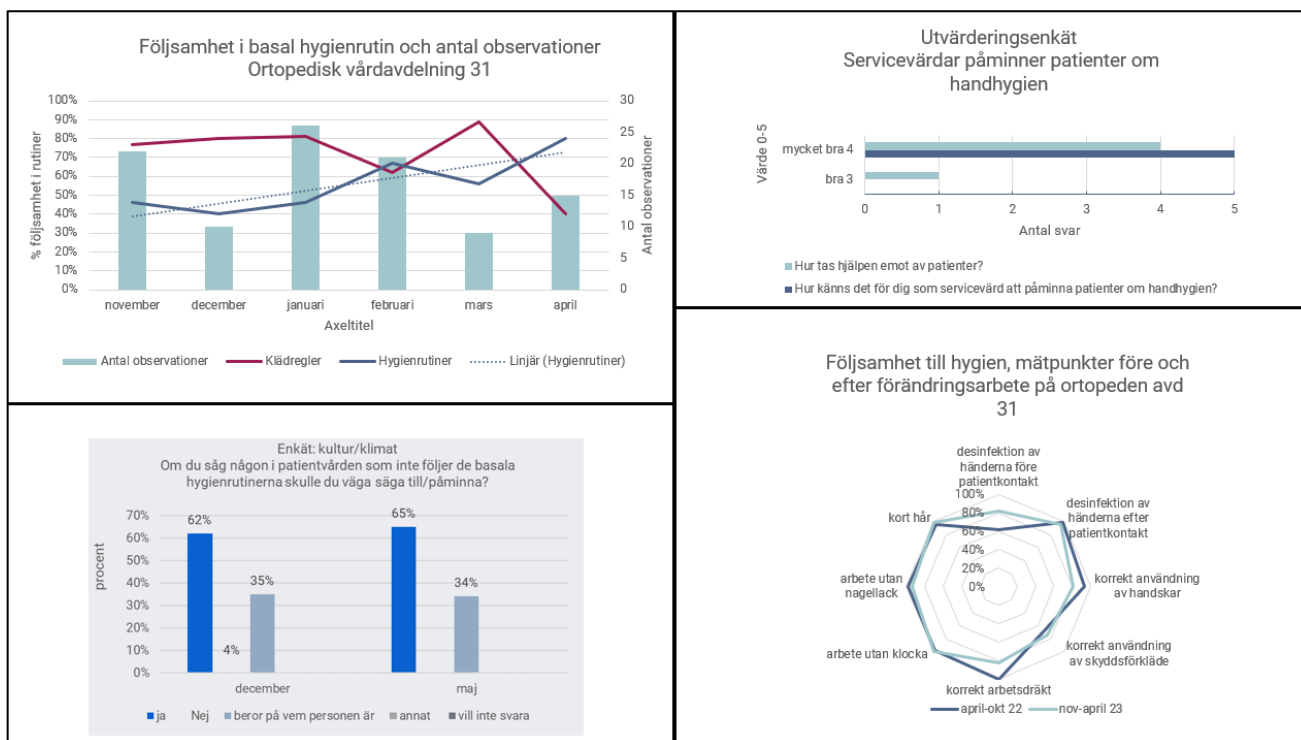


Resultat

Målet att minska VRI från 12% till 9% uppnåddes inte och en förbättring kunde inte statistiskt säkerställas utifrån måttet andel vårdrelaterade infektioner. En tydligare minskning av VRI kan väntas över tid. Det finns många andra positiva resultat av förbättringarna som redan kan ses (figur 2).

Figur 2.

Resultat av mätningar inom följsamhet 1., utvärderingsenkät påminnelse om handhygien 2, Enkät svar kultur/klimat 3 och Mätpunkter inom följsamhet 4.



- Följsamhet i hygienobservationer vad gäller hygienrutiner ökade kraftigt (se figur 2 diagram 1). Antal hygienobservationer per månad är nu lite mer stabil (i snitt 17 observationer av målet som var 20)
- Samtliga servicevärdar anser att påminnelse om handhygien tas emot bra eller mycket bra av patienterna (figur 2 diagram 2)
- Enkät svar om kultur och klimat (figur 2 diagram 3) visar att fler nu kan tänka sig påminna andra. Fler anser också att de vet hur man förebygger en VRI (medelvärde 8,2 mot tidigare 7,5)
- Följsamhet i mätpunkter (figur 2 diagram 4) där desinfektion av händer före patientkontakt har ökat. Högre medvetenhet om arbetskläder tex. hur värmevästar ska användas gör att observationer nu blir mer korrekta än tidigare.

Nästa steg

- Arbetsgruppen på ortopedi blir nu ett VRI-team som skall fortsätta preventionsarbete framåt.
- Hygienobservationer fortsätter varje månad, återkoppling med dialog på APT en gång i kvartalet.
- Servicevärdarnas arbete med att påminna om handhygien fortsätter och kan spridas till fler enheter.
- Flera förbättringar är på gång tex. bättre operationsförband på ryggpatienter införs nu efter dialog.
- Kunskaper och erfarenheter från detta förändringsarbete kommer att tas med vid uppdatering av Region Östergötlands strategi för att motverka vårdrelaterade infektioner i hela regionen, med fokus på patientvårdande verksamheter, arbetet påbörjas hösten 2024 med mål om en ny strategi hösten 2025.

Kontaktuppgifter

Namn: Martin Zetterlund Email: martin.zetterlund@regionostergotland.se

Arbetsgivare: Region Östergötland

Enhet: Smittskydd och vårdhygien, Regionledningskontoret

Förbättringsarbete av patientförberedelser vid spirometriundersökningar

Bakgrund

Spirometriundersökningen används för att sätta olika diagnoser för lungsjukdomar så som till exempel astma och KOL. Efter att metodansvarig person för spirometriundersökningen har bytts ut och det har skett flera förändringar i patientkallelsen har det uppmärksammats via intern kommunikation att patienterna inte upplevs förberedda inför undersökningen. I patientkallelsen finns det instruktioner för hur undersökningen kommer att utföras och vilka restriktioner man ska ta tänka på inför undersökningen. Till exempel ska patienterna inte få röka eller ta sina inhalationsmediciner före undersökningen för att inte påverka undersökningens resultat. Det utfördes ett förbättringsarbete av patientkallelsen i Aleris heart center klinisk fysiologi, där det utförs ca 3800 undersökningar årligen.

Patientinvolvering

För att kunna förbättra patientkallelsen och öka patientupplevelsen av den, användes en metod som heter think aloud. Think aloud är en metod där man försöker fånga patienternas perspektiv och direkta reaktioner kring kallelsen. Det utfördes 10 think aloud samtal där det ställdes frågor kring patientkallelsen och vilka förändringar de önskar ske för att förståelsen av förberedelserna i kallelsen ska öka.

Syfte och Mål

Syftet med arbetet är att förbättra patientens möjlighet att komma förberedd till spirometriundersökningen genom att förbättra förberedelserna i patientkallelsen. Detta görs med syftet att säkerställa en patientsäker och korrekt utförd spirometriundersökning för att underlätta patientens diagnostiseringsprocess. Målet är att till mars 2024 ska minst 70% av patienterna skatta sig att de är väl förberedda inför spirometriundersökningen (svarsalternativ 6–10).

Förändringsidé

Förbättringsidén handlar om att förbättra patientkallelsen, genom att eliminera onödig text och infoga ett informationsblad för att öka patienternas förståelse och att de ska känna sig väl förberedda inför spirometriundersökningen. Det användes olika förbättringsverktyg, exempelvis fiskbensdiagram, för att identifiera problemet och öka förståelsen av den. Det användes även verktyget PDSA-hjul. Det utfördes flera PDSA-hjul under projektets gång. Näst utfördes ytterligare PDSA-hjul för att veta vilka förändringar som behövde utföras för att patientkallelsen skulle förbättras, där användes think aloud-metoden för att veta vilka förändringar som behöver ske.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

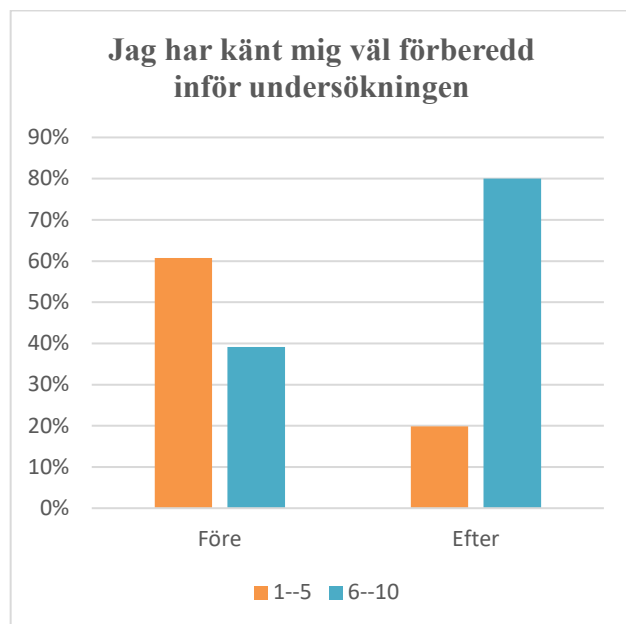
För att veta att förändringen ledde mot en förbättring utfördes en enkätmätning före förändringen av spirometriundersökningen respektive efter. Där patienterna fick skatta deras upplevelse av förberedelse i kallelsen och hur väl förberedda de kände sig efter undersökningen.

Resultat

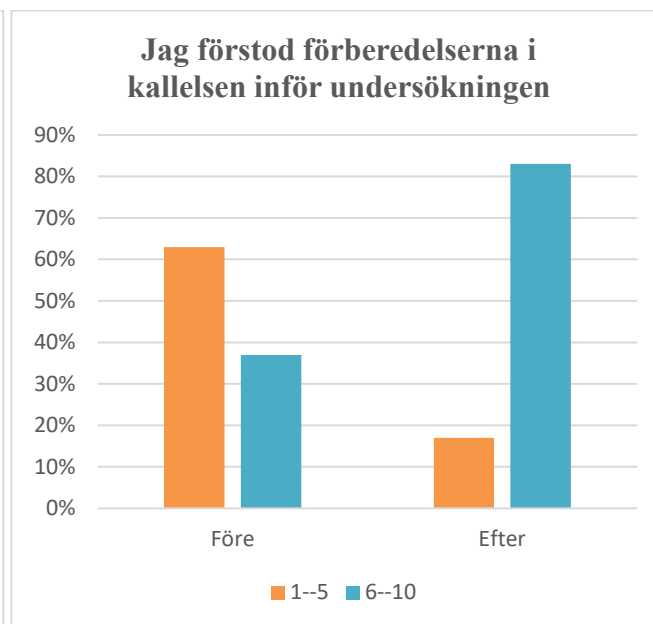
Resultat visade en klar förbättring efter förändringen i kallelsen. Målet var att 70% av patienterna skulle skatta sig efter förändringen i kallelsen. Resultat visade 80% av patienterna skatta sig med 5–10 efter förbättringen av spirometriundersökningen. Det förekom även en förbättring i hur patienterna skattade sig på hur väl de förstod förberedelserna efter förändringen där 70% skattade sig med en 6–10.

Figur 1&2. Visar att andel patienter som har skattat sig på 1–5 och 6–10 på hur väl de känner sig förberedda inför undersökningen har ökat efter intervention. 1=Känner inte alls förberedd Och 10= känner man sig helt förberedd. X= andel procenten och Y=Före respektive efter intervention.

Figur 1



Figur 2



Nästa steg

Planen är att fortsätta med jämna utvärderingar med hjälp av patientenkäter för att utvärdera om förändringen är försatt och vara en förbättring. Nästa steg är att det ska ske en förbättring av information som lämnas ut till patienterna redan hos remittenten. Detta kommer genom att försöka och utbilda remittenterna genom att skicka de med jämna mellanrum information om det sker uppdateringar med metoden. För att kunna upprätthålla deras kompetens och kunskap om spirometriundersökningen.

Kontaktuppgifter

Namn: Salma Eldakak

Email: Salma95@live.se

Arbetsgivare: Aleris heart Center

Enhet: Klinisk fysiologi

Vägen till arbete eller studier – förbättrade möten med arbetsförmedlare

Bakgrund

Som arbetssökande (kund) är mötet med en arbetsförmedlare avgörande för att identifiera vilka arbetsmarknadsinsatser som ska ge stöd till arbete eller studier. Genom kundundersökningar och intervjuer med arbetssökande har Arbetsförmedlingen fått kännedom om upplevda brister i kundmötet. Kunderna efterfrågar en ökad tillgänglighet, bättre bemötande och mer anpassad service. För att kunna använda dessa kundinsikter i den operativa verksamhetsutvecklingen, har ett nytt arbetssätt testats på ett lokalt arbetsförmedlingskontor i mellersta Sverige. Arbetssättet har inspirerats av Experience Based Co-Design och syftar till att utveckla och förbättra med utgångspunkt i kundernas och medarbetarnas erfarenheter och upplevelser.

Kundinvolvering

För att fördjupa förståelsen för myndighetens kundinsikter bjöds kunder in till ett flertal dialogcaféer under projekttiden. Under dialogcaféerna diskuterades olika teman och kunderna fick lämna förbättringsförslag. Totalt har 36 kunder deltagit i dialogcaféerna. Kundernas förbättringsförslag bearbetades sedan av de arbetsförmedlare som ingick i projektet.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet var att öka kundnöjdheten genom att tillämpa ett förnyat arbetssätt med kund- och medarbetarinvolvering i den operativa verksamhetsutvecklingen.

Utgångspunkten för detta förbättringsarbete har varit ett användarbaserat synsätt där kvalitén definieras av kunden. Utifrån intervjuer med kunder identifieras flera viktiga områden i kundmötet. Genom att använda metoden Värdekompassen togs mått och mätetal fram vilket resulterade i sex målområden. Målet med förbättringsarbetet var att *under perioden 22 november 2023 till 29 februari 2024 öka de positiva svaren med fem procentenheter från baslinjemätningen inom samtliga sex identifierade målområden.*

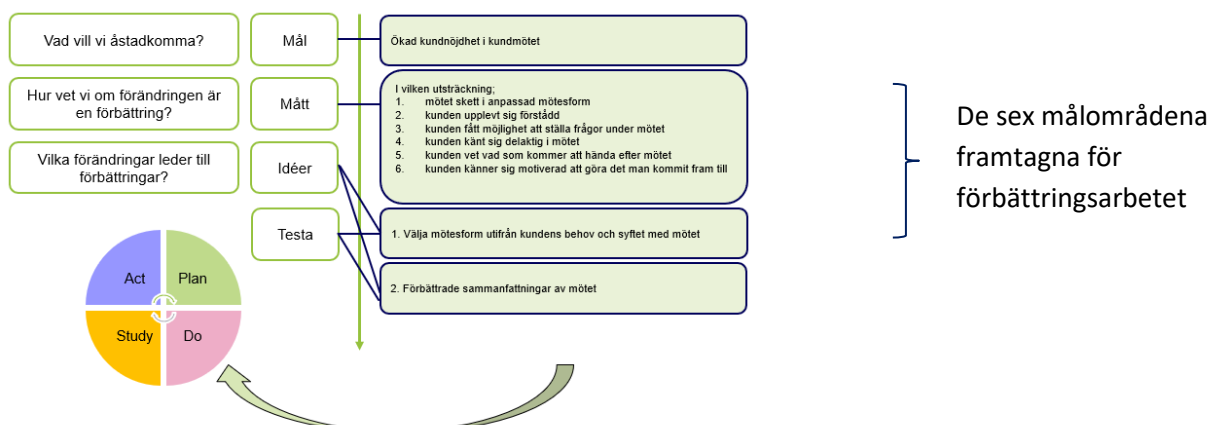
Förändringsidé

Nolans förbättringsmodell användes i förbättringsarbetet för att kunna följa upp om de förändringar som skedde också ledde till förbättringar. De två förbättringsaktiviteter som testats i projektet är;

1. Låta kunderna välja vilken mötesform mötet ska ske i; per telefon, som ett videomöte eller fysiskt på arbetsförmedlingens kontor
2. Att förbättra mötets sammanfattningar

Figur 1

Beskrivning av förbättringsarbetets mål, mått och vilka idéer som testats i PDSA-cykler.



Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Genom att skicka ut kundenkäter före och efter har vi kunnat följa resultaten av förbättringsarbetet. Den första förbättringsaktiviteten pågick under perioden 22/11–23 till och med 29/2–24. Den andra pågick 15/1–29/2–24.

Figur 2 & 3

Andel som upplevde att arbetsförmedlaren förstod vad kunden behövde hjälp med före och efter förbättringsaktiviteterna (tv) samt andel svar inom samma målområde uppdelat på de respektive förbättringsaktiviteterna (th).



Resultat

Resultaten från kundenkäterna indikerar förbättringar inom flera målområden, varv ett målområde är signifikant säkerställt. Resultatet inom detta målområde visar på att kunderna i större utsträckning nu upplever att handläggarna förstår kundens behov, där de positiva svaren ökat från 80 procent till 94 procent, vilket innebär att målet uppnåtts. Mätningarna kan inte säga något om vilken av de två förbättringsaktiviteterna som bidragit till resultatet eller om det var en kombination av dessa. Resultaten indikerar dock en förbättring genom att kombinera dessa förbättringsaktiviteter då andelen positiva svar ökat från 92 procent till 94 procent samtidigt som de negativa svaren minskat. Genom intervjuer med projektets medarbetare framkommer att majoriteten av handläggarna själva upplever en skillnad i kundmötet när förbättringsaktiviteterna genomfördes. Medarbetarna beskriver att det både varit en fördel att kunderna kunnat välja mötesform, och att de blivit mer uppmärksammade på själva samtalet och att ge kunden mer tid och utrymme i mötet. Detta stärker tesen om att resultaten har påverkats av de båda förbättringsaktiviteterna.

Nästa steg

Arbetsförmedlingen arbetar för att hitta arbetsätt som bidrar till att tillämpa kundinsikter i den operativa verksamhetsutvecklingen. Förbättringsarbetets resultat har bidragit till att visa att det är möjligt att förbättra kundmötet med få extra resurser genom att inkludera såväl kunder som medarbetare i verksamhetsutvecklingen. Medarbetarna uppger också en hög grad av motivation och delaktighet i att ha deltagit i projektet vilket gör arbetssättet extra intressant att tillämpa i större skala. De praktiska implikationerna går hand i hand med myndighetens interna utvecklingsprocess där flera utvecklingsprinciper har tillämpats i detta förbättringsarbete. Nu pågår dialoger om hur projektets insikter och lärdomar kan förankras och spridas inom myndigheten.

Kontaktuppgifter

Namn: Sara Zechel

Email: sara.zechel@arbetsformedlingen.se

Arbetsgivare: Arbetsförmedlingen

Enhet: Utvecklingsavdelningen för kundmöte

Minska väntetider för barnpatienter som genomgår en elektroencefalografi (EEG)-undersökning

Bakgrund

Epilepsi är en allvarlig neurologisk sjukdom som påverkar både patienten och anhöriga och kännetecknas av epileptiska anfall. Barn med epilepsi är särskild utsatt då om sjukdomen går obehandlad kan det leda till svår hjärnskada eller till döden. Epilepsidiagnosen är klinisk diagnos som ställs utifrån patientens symtom och huruvida anfallet är framkallad utan någon provaktion. Elektroencefalografi (EEG)-undersökningar används som hjälpmedel för att stärka diagnosen. Väntetiderna för EEG-undersökningen på medicinska enheten (ME) neurofysiologi på Karolinska universitetssjukhus låg på ca 8–9 månader. Enligt vårdgarantin skall barnpatienter erbjudas en undersökningstid inom 3 månader för att påskynda utredning och behandlingsprocessen.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

För att inhämta patienternas- och anhörigas synpunkter en enkätundersökning genomfördes. I enkäten kunde patienterna och deras anhöriga lämna in synpunkter och förbättringsförslag kring väntetider. Enkäten användes som underlag för förbättringsarbete. Förbättringsförslag från patienter användes som förbättringsidéer under förbättringsarbetet.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbete var att minska väntetider för barnpatienter mellan 0–17 år som har epilepsi samt öka tillgängligheten för dem. SMARTA-mål:

1. Öka andel barn som genomför en EEG undersökning inom 90 dagar på ME neurofysiologi på Karolinska universitetssjukhus, från 28% till 95%. Målet ska ha uppnått till 31 mars 2024.
2. Väntetider för EEG-undersökningar för barn ska minskas från medelväntetid 5 månaders medelväntetid till 1 månaders medelväntetid. Målet ska ha uppnått till 31 Mars 2024.

Förändringsidé

En påverkansanalys genomfördes för att identifiera förbättringsidéer. Detta resulterades i tre förbättringsidéer som testades enligt PDSA-metoden. Dessa förbättringsidéer var:

- Separera de olika remissflöden från varandra för att skapa mer polikliniska EEG-undersökningstider
- Ha dialog med barnneurologerna för att minska akut polikliniska remisser samt förbättra remissflöden.
- Tidigare schemalägga personal för att minska återbud och uteblivna patienter.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

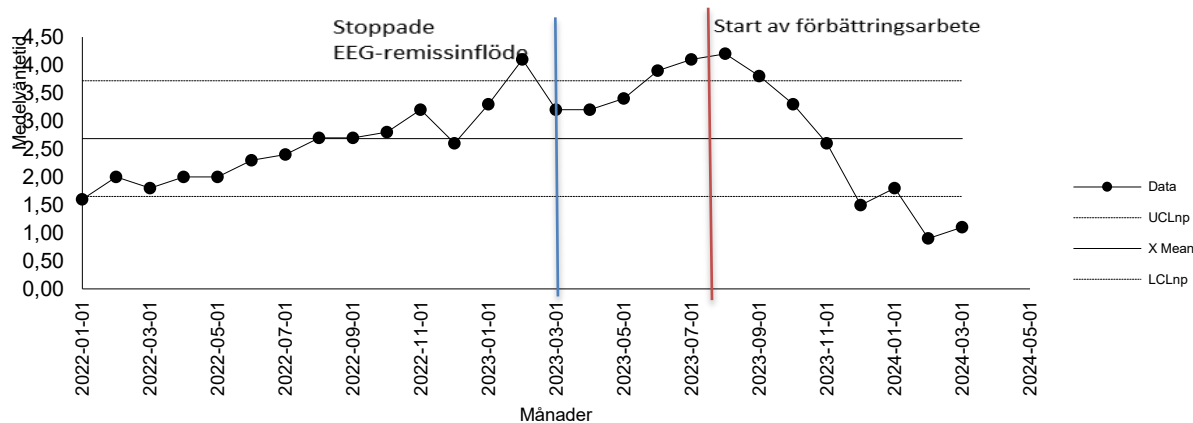
Två styrdiagram upprättades för att följa förändringar i väntetiden över tid samt för att följa förändringar i tillgänglighet för barnpatienter. I styrdiagrammen inkluderades data från två tidigare år för att skapa en baslinjemätning. I figur 1 och 2 visar hur väntetiden och tillgängligheten förändrades under förbättringsarbetets gång.

Resultat

Resultat visar att både tillgängligheten och väntetiderna har blivit bättre sedan start av förbättringsarbetet. Medelväntetiderna för barnpatienter har minskat från 4,5 månader till ca 0,5 månad (figur 1) medan tillgängligheten har ökat från 28 % till 95% fram till mars 2024 (figur 2). Således har förbättringsarbete varit framgångsrik, dock kräver det flera mätpunkter för att avgöra om en verklig förbättring har åstadkommit. De tidiga tecknen i figur 1 och figur 2 visar att processen har börjat stabilisera sig. En sådan stabilisering över tid kan innebära en verklig förbättring har åstadkommit i dessa processer.

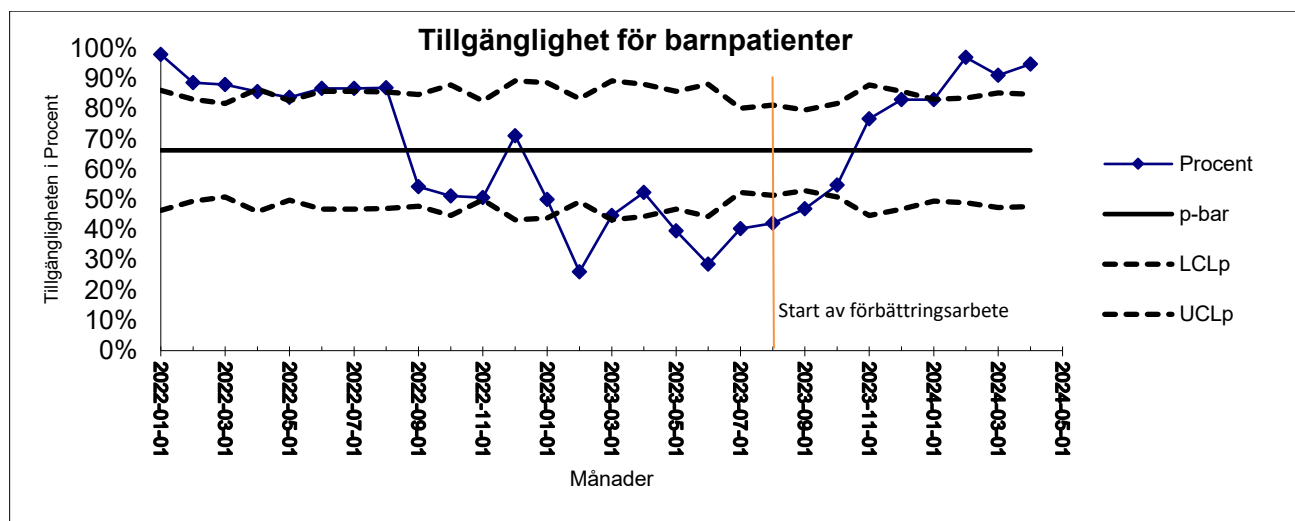
Figur 1

Medelväntetiden för barnpatienter sedan 2022



Figur 2

Tillgängligheten för barnpatienter sedan 2022



Nästa steg

Nästa steg i förbättringsarbete blir att övervaka dessa processer över tid för att avgöra om processer stabiliserar eller inte och utifrån detta sätta in nya åtgärder för att bibehålla de goda väntetiderna och tillgängligheten för verksamhetens barnpatienter.

Kontaktuppgifter

Namn: Ashini Kohomange

Email: ashini90@hotmail.com

Arbetsgivare: Karolinska universitetssjukhus

Enhet: ME neurofysiologi

Främjande arbete för att stärka familjer med ekonomiska svårigheter

Bakgrund

Professionella i Högsbo (Göteborg) vittnar om att läget för ekonomiskt utsatta barn har blivit allt tuffare och härleder det till inflation och ökande matpriser. Det finns också ett stigma kring att tala om ekonomi och hushållens utsatthet. Ekonomiska svårigheter påverkar föräldrarnas psykiska hälsa och ökar risken för svårigheter i föräldraskap och konflikter mellan föräldrar, vilket i sin tur påverkar barnen negativt. Förbättringsarbetet skedde inom ramen för folkhälsoarbete vilket ska ske utifrån befolkningens behov. Det fanns ett behov av att arbeta med främjande generella insatser i syfte att stärka familjer som lever i hushåll med låg ekonomisk standard.

Brukarinvolvering

Genom samtal med professionella i området fångades behov, berättelser och tankar in. Under arbetets gång har även samtal med föräldrar skett genom att projektgruppen deltagit i aktiviteter på öppna förskolan, biblioteket och leksaksbiblioteket.

Syfte och Mål

Syftet är att stärka familjer som bor i hushåll med låg ekonomisk standard genom att arbeta hälsofrämjande insatser och stärka samverkan mellan aktörerna i närområdet som möter barnfamiljerna.

Målet med förbättringsarbetet är att få fler familjer, som lever med låg ekonomisk standard, att besöka mötesplatser som har främjande insatser i närområdet från 2023-08-30 till 2023-12-31.

Förändringsidé

Genom samtalen identifierades tre utvecklingsområden: kunskapsspridning hos professionella, kommunikation till familjer om verksamheter som kan stärka familjers livsvillkor samt ökad dialog med invånarna. Projektet arrangerade kunskapshöjande digitala föreläsningar på 30 minuter för professionella samt tog fram material och en hemsida där information samlades om verksamheter som kan stödja och stärka familjerna.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förbättringsarbetet riktades mot hela befolkningen (universella insatser) på det sättet nådde vi alla inklusive dem som lever i ekonomisk utsatthet. För att kunna stärka familjerna är det önskvärt att få dem till mötesplatserna. Vi vet att mötesplatserna är avgörande för att skapa ett socialt hållbart samhälle där alla människor inkluderas och har lika möjligheter oavsett livsvillkor och/eller bakgrund. För att få en indikation på om förbättringsarbetet ger ökat deltagande i mötesplatserna så följs besöksstatistiken på Högsbo Leksaksbibliotek, då det också är en arena som kan vara gynnsam för hushållsekonomin.

Resultat

Hittills visar uppföljningarna att vi är på rätt väg. Föreläsningarna gav ökad förståelse och kunskap om barnfamiljer med ekonomisk stress. Deltagarna kände efter föreläsningarna att de hade ökad insikt om vad de kan bidra med, se exempel i citaten.



”Jag blev påmind om hur det kan vara att vara förälder till de barn och unga jag möter i mitt arbete. Att det inte är så konstigt att man köper en jättedyr jacka till sitt barn för att den vill passa in, men sen inte har råd till mat och annat i slutet av månaden”.



”Ja, i första hand att kunna visa och informera om hur mycket bra som finns och var man kan få hjälp. På längre sikt se hur/vad vi kan hjälpa till med på min egen arbetsplats och jag i min roll”.

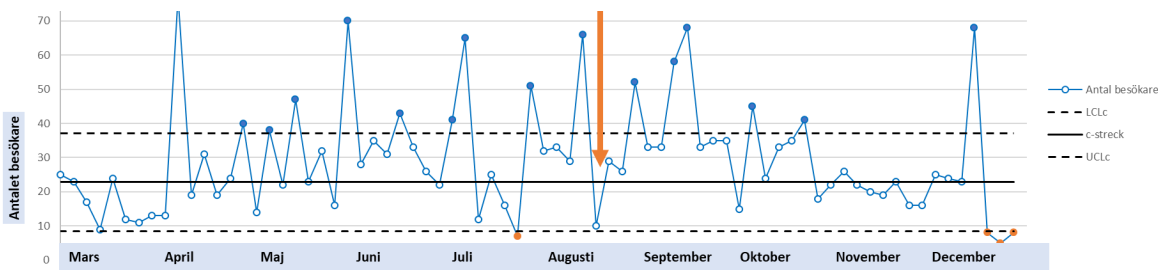
Även informationsmaterialet som togs fram har uppskattats och använts i samtal med invånare/besökare samt som affischering på anslagstavlor på exempelvis mötesplatser. Främjande och stärkande arbete är generellt svårt att mäta resultat av så mycket av det som hjälper till i riktningen framåt är de professionellas berättelser och upplevelser.

Möten med barnfamiljer har skett genom att arbetsgruppen deltagit i mötesplatsernas aktiviteter och haft samtal med de professionella i olika verksamheter som möter barnfamiljer för att få inspel i vilken typ av behov som de ser.

Ännu ses inte en förändring i besöksstatistiken (figur 1) som följs och det är mycket som påverkar besöksantalet som till exempel att Leksaksbiblioteket bytt lokaler. Samtal med professionella sker löpande för att fånga in deras uppfattning.

Figur 1.

Antal besökare, både vuxna och barn, på Högsbo Leksaksbibliotek innan och under förbättringsarbetet.



Nästa steg

De kunskapshöjande föreläsningar som planerades och genomfördes uppskattades och återkoppling i efterhand gör att det kommer att göras om på liknande sätt 2024 i syfte att nå fler.

Informationsmaterialet har justerats efter input från de professionella och kommer fortsatt att spridas, följas upp och justeras vid behov.

Förbättringsarbetet har lett till ett större utvecklingsarbete i området som omfattar en större målgrupp än bara barnfamiljer. Under år 2024 handlar det om alla boende oavsett ålder och blev mer av ett områdesarbete där alla aktiva verksamheter i området (bostadsbolag, region, kommun och ideella) samlats för att göra fler insatser i samverkan i det geografiska området.

Kontaktuppgifter

Namn: Elin Lingman

Email: elin.lingman@socialsydvast.goteborg.se

Arbetsgivare: Göteborgs Stad, Socialförvaltningen Sydväst

Enhet: Enheten för samhällsutveckling

Samskapande av första länken i en frakturkedja

Bakgrund

En fraktur är ofta det första kliniska tecknet på osteoporos - ett kroniskt, livslångt tillstånd som drabbar både kvinnor och män över hela världen. För en äldre person är en fraktur inte bara smärtsam utan kan också påverka personens självständighet. Idag saknas strukturerade rutiner för identifiering och diagnosticering av patienter med misstänkt osteoporos, vilket sannolikt innebär att tillståndet är underdiagnostiserat i Halland. Befintlig kunskap ger stöd för att den första länken i vårdkedjan efter en fraktur är viktig. En välinformerad, trygg patient uppvisar högre följsamhet till behandling och risken för nya frakturer och ytterligare vårdbehov minskar.

Patient-/brukar-/kundinvolvering

Förbättringsarbetet har inspirerats av arbetssättet co-design för att inkludera patientens erfarenhet och upplevelse av vården. I arbetet involverades sex personer med egen erfarenhet av vårdförloppet, alla kvinnor mellan 63–80 år, som i samband med återbesök vid någon av de två ortopedimottagningarna på Hallands sjukhus identifierats med misstanke om Osteoporos.

Syfte och Mål

Syftet var att utveckla ett enhetligt, personcentrerat arbetssätt på två ortopedimottagningar för att säkerställa att patienter (>50 år) som ådragit sig en lågenergifraktur identifieras, riskbedöms och får information för att kunna fatta ett välgrundat beslut om ytterligare utredning och eventuell behandling.

Smart mål: senast den 1 april 2024 skulle minst 90% av dessa patienter genomgå riskbedömning enligt FRAX* (Fracture Risk Assessment Tool) samt vid misstanke om osteoporos få adekvat information och remiss till sin vårdcentral. * Se: <https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=se>

Förändringsidé

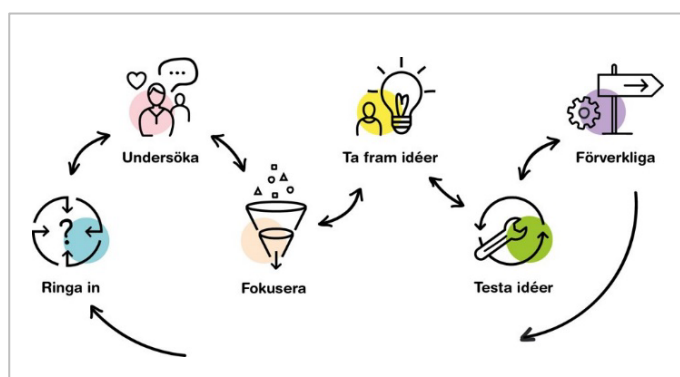
Förbättringsarbetet genomfördes i flera mindre PDSA-cykler för att ta fram en lösning som både ger patienten mer inflytande och underlättar riskbedömningen för personalen:

- PDSA #1 - undersöka möjligheten för patienten att själv fylla i FRAX
- PDSA #2 - samskapande av självriskbedömning baserad på FRAX
- PDSA #3 - testa ny arbetsrutin på två ortopediska enheter.

För att utarbeta ett informationsmaterial som är anpassat för det aktuella steget i vårdförloppet användes en modell för co-design framtagen av SKR (Figur 1). Personer med egen erfarenhet intervjuades för att förstå deras behov av information och delaktighet. Tre insikter framkom som blev vägledande för utformningen av ett nytt material:

- Rätt information vid rätt tidpunkt
- Information om nästa steg är viktigt
- FRAX bidrar till förståelse för varför vidare utredning behövs

Figur 1
Innovationsmodellen enligt SKR

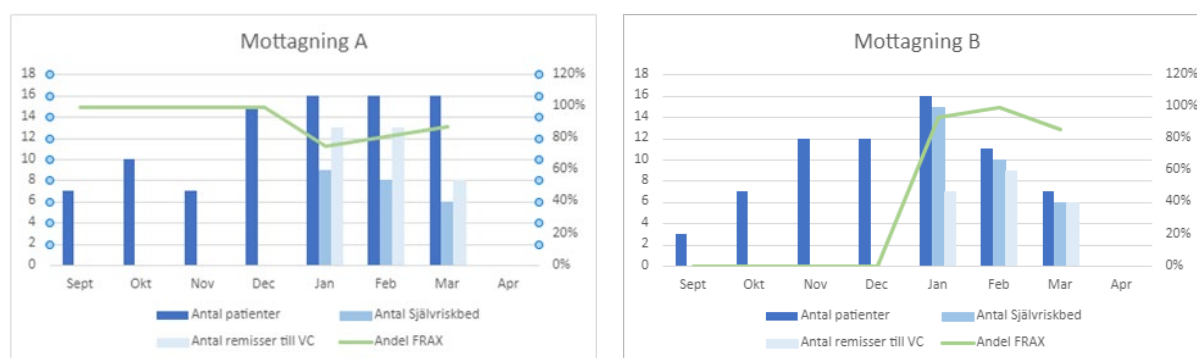


Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Vid en mottagning användes FRAX-verktyget i hög utsträckning sedan tidigare. Arbets sättet med självrisksbedömning var nytt för båda mottagningarna. Innan förbättringsarbetets start noterades antal identifierade patienter och genomförda FRAX-beräkningar för hand månadsvis. Under PDSA #3, januari - mars 2024, strukturerades uppföljningen något och kompletterades med antal självrisksbedömningar och antal patienter som remitterades till närsjukvård (Figur 2).

Figur 2

Antal identifierade patienter, antal självrisksbedömningar, antal remisser till vårdcentral samt andel genomförda FRAX-beräkningar vid respektive mottagning.



Resultat

Målsättningen att säkerställa riskbedömningen har uppnåtts men arbete kvarstår på båda mottagningar för att anpassa arbetssättet så att det upplevs välfungerande och hållbart över tid.

Vid mottagning A riskbedömdes i snitt 81% av identifierade patienter enligt FRAX. Av de patienter som inte genomgick riskbedömning stod fyra redan på behandling för osteoporos och fem var redan remitterade av läkare. Av patienterna vid mottagning A remitterades 71% till närsjukvård för vidare utredning och eventuell behandling. På mottagning B riskbedömdes under samma period motsvarande 93% av patienterna, undantagen var två patienter som skrevs in i slutenvård innan riskbedömningen kunnat genomföras. Av identifierade patienter vid mottagning B remitterades 65% till närsjukvård. Patientens FRAX-värde anges nu i remissen till vårdcentral. Förbättringsarbetet har medfört ett ökat fokus på den aktuella patientgruppen och på båda mottagningar har patienter identifierats som sannolikt inte hade riskbedömts och remitterats för vidare utredning om inte förbättringsarbetet startat.

Informationsmaterialet som utarbetades genom co-design uppfattades som "värdefull och bra information vid första vårdtillfället". Innehållet bedömdes också som tillräckligt, lättläst och förståeligt av personer med egen erfarenhet. Med stöd av kommunikationsavdelningen har det nu ersatt det tidigare materialet.

Nästa steg

På båda mottagningar har självrisksbedömningen i olika utsträckning upplevts som underlättande i arbetet med att beräkna riskvärdet. På mottagning B finns dock logistiska problem med att hinna återkoppla resultatet till patienten och idén om en digital version har diskuterats inför en tänkt fjärde PDSA-cykel för att möjliggöra för patienten att besvara frågorna hemma så att FRAX-beräkningen kan göras redan innan besöket.

Kontaktuppgifter

Namn: Louise Hansten

Email: louise.hansten@regionhalland.se

Arbetsgivare: Region Halland

Enhet: Utvecklingsavdelningen Hallands sjukhus

Att samskapa ett föräldraskapsstöd inom VGR- nyblivna föräldrar och barnmorskor arbetar tillsammans

Bakgrund

Graviditet, förlossning och att bli förälder är en omvälvande livshändelse. För den gravida kvinnan innebär detta fysiska, psykiska och emotionella förändringar, för paret förändring i parrelationen och ett nytt ansvar i föräldrarollen. Mödrahälsovården möter så gott som alla blivande/nyblivna föräldrar och har en unik möjlighet i att ge stöd och strategier som stärker deras förmåga att hantera denna period. Statistiken visar dock att andelen föräldrar som deltagit i Västra Götalandsregionens (VGR) föräldraskapsstöd minskat de senaste åren. Endast 24 procent deltog i föräldraskapsstöd och av dessa upplevde 46 procent att stödet var värdefullt medan 9 procent inte alls gjorde det.

Patientinvolvering

Samskapande inspirerat utifrån experienced-based co-design (EBCD) har använts i förbättringsarbetet för att aktivt involvera och ta tillvara både nyblivna föräldrars och barnmorskors erfarenheter av föräldraskapsstödet i VGR. Projektteamet består av 5 nyblivna föräldrar och 7 barnmorskor.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att, i en samskapandeprocess, vidareutveckla och förbättra föräldraskapsstödet inom ett pilotområde. Förbättringsarbetets SMARTa mål var att till 30/4 2024 öka andelen föräldrar som upplever att föräldraskapsstödet de erhållit varit värdefullt till >60 procent samt att minska andelen negativa svar till <6 procent.

Förändringsidé

Fem workshops genomfördes och fyra förbättringsaktiviteter identifierades. Förbättringsaktiviteterna utfördes enligt Nolans förbättringsmodell och med hjälp av PGSA kunde de testas, följas upp och utvärderas innan de genomfördes i större skala.

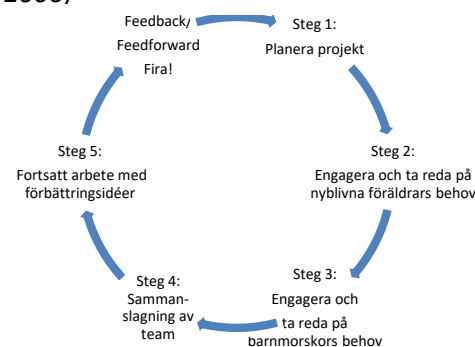
- PGSA 1. Gemensamt textinnehåll för kursen "Föda utan rädsla" (FUR).
- PGSA 2. Nytt material till "Digital föräldrainsformation" (DiFi).
- PGSA 3. Erbjud "Digital föräldrainsformation" på engelska (DiFi IN ENGLISH).
- PGSA 4. Erbjud "Digital information om amning" (DiA).

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att utvärdera och mäta resultat av samskapandeprocessen har förbättringsarbetet utgått från tre perspektiv baserat på measurement model (Nordin et al., 2023): *Processmått*, *Erfarenheter av att delta* och *Resultatmått*. Nedan finns 2 av 3 perspektiv presenterad.

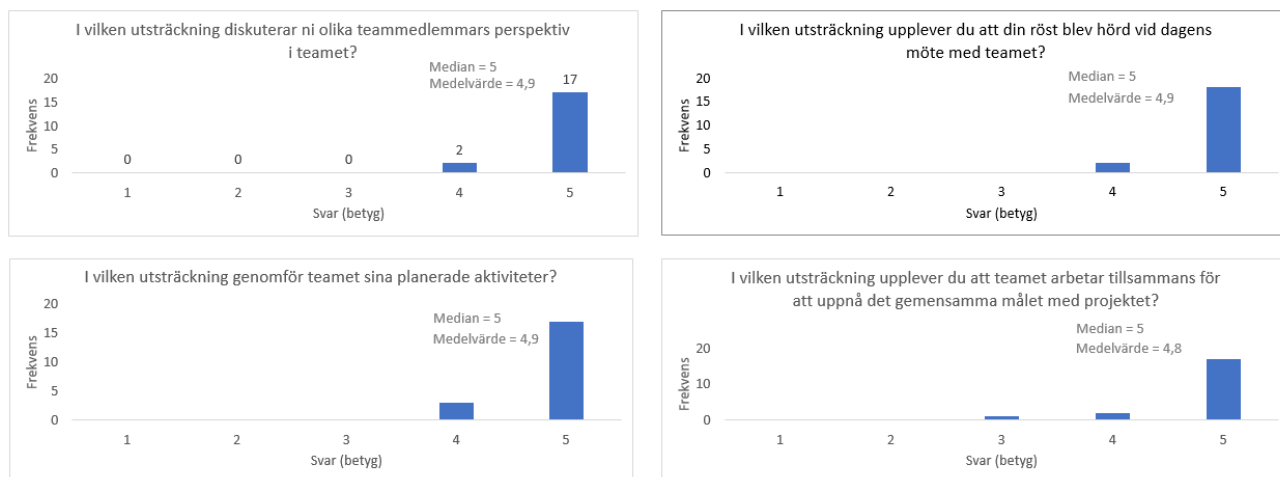
Figur 1

Faserna i arbetsprocessen med inspiration av EBCD, Bate & Robert (2006)



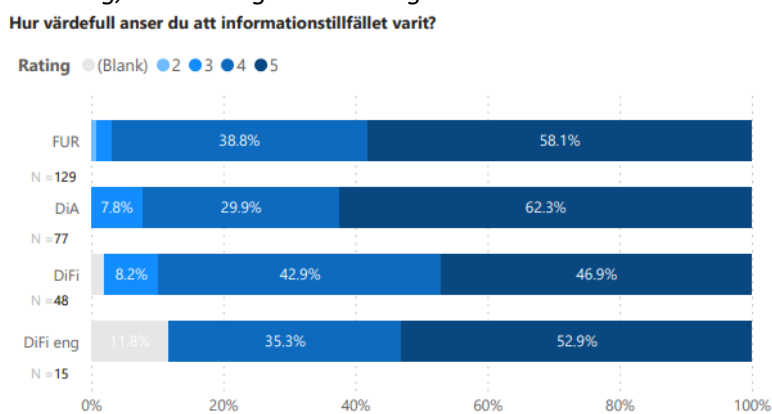
Figur 2

"Erfarenheter av att delta". Sammanställning av insamlade enkätsvar från projektdeltagarna efter workshops. Skala 1–5, 1= liten utsträckning, 5= Mkt hög utsträckning



Figur 3

"Resultatmätt". Andel av blivande föräldrars skattning av förbättringsaktiviteterna FUR, DiA, DiFi och DiFi ENG. Skala 1–5, 1= liten utsträckning, 5= Mkt hög utsträckning



Resultat

Förbättringsarbetets båda SMARTa mål uppnåddes. Andelen blivande föräldrar som upplevde det föräldraskapsstöd de erhållit som värdefullt ökade till 95 procent. Andelen negativa svar minskade till 0,36 procent.

Nästa steg

Nästa steg är att sprida förbättringsarbetet och planera för införandet på samtliga barnmorskemottagningar i VGR. Dock är arbetet med att utveckla och förbättra föräldraskapsstödet i verksamheten en ständigt pågående process. Data kommer att därför fortsätta följas över tid för att säkerställa framsteg.

Kontaktuppgifter

Namn: Tanja Rolfson

Email: tanja.rolfson@vgregion.se

Arbetsgivare: Västra Götalandsregionen

Enhet: Barnmorskemottagning Skövde

Kortare tid till svar på långtids-EKG

Bakgrund

Förbättringsarbetet genomfördes på Aleris Klinisk fysiologi, i Stockholm. Verksamhet har länge haft problem med långa svarstider för långtids-EKG. Patienterna och remittenterna inväntas svar för eventuell insättning eller justering av arytmi behandling. Enligt satt rutin ska ett signerat svar skickas till remittenten inom 4 arbetsdagar från dess att utrustningen återlämnats till verksamheten. Vecka 1 år 2023 genomfördes 128 undersökningar och medelsvarstiden var 21 dagar från dess att utrustningen återlämnats.

Patientinvolvering

För att involvera patienterna lämnades patientenkäter ut med 5-skaliga frågor angående upplevelse av besöket och registreringsperioden. De kunde även i fria ord skriva eventuella förslag på förbättringsåtgärder eller utveckla sina svar. Resultat från patientenkät presenterades på workshop om personcentrering och etisk stress där deltagande personal kom fram till vad de behövde och kunde göra för ytterligare personcentrering.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att minska tiden till svar och samtidigt värna om personcentreringen. Målet var att till v11 2024 ska medelsvarstiden för långtids-EKG vara inom 4 arbetsdagar från dess att utrustningen återlämnats till verksamheten.

Förändringsidé

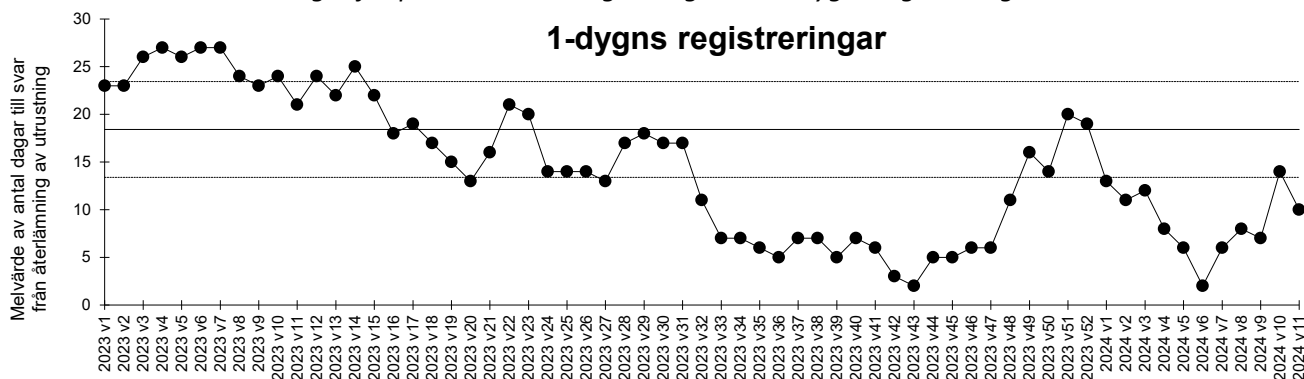
För att finna rotorsakerna till de långa svarstiderna gjordes ett Ishikawa-diagram i projektgruppen. Projektgruppen bestod av 2 erfarna biomedicinska analytiker och en medicintekniskingenjör. Bättre utnyttjande av resurser, mindre avbrott i arbetet och tillgång till utrustning var tre rotorsaker som alla kunde gynnas av en gemensam förändring, PDSA-A. En ny arbetsrutin togs fram som innebar tydligare uppdelning av arbetsuppgifter och ett arbetsmoment mindre vid inläsning. För ökad personcentrering, PDSA-B, genomfördes en workshop med fokus på personcentrering och etisk stress. Deltagarna fick finna lösningar för ökad personcentrering i det dagliga arbetet. Endast enhet 1 har hunnit genomföra workshopen.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Effekten av workshopen följdes med patientenkäter innan och efter genomförd workshop. Förhoppningen var att finna en ökad skattning i patientenkäterna. Medeltid till svar följs från v1 2023 till v11 2024 och presenteras i XmR-diagram. PDSA-A trädde i kraft vecka 36 på båda enheterna. Datan över svarstid har delats in i tre grupper efter antal dygn registreringen pågått.

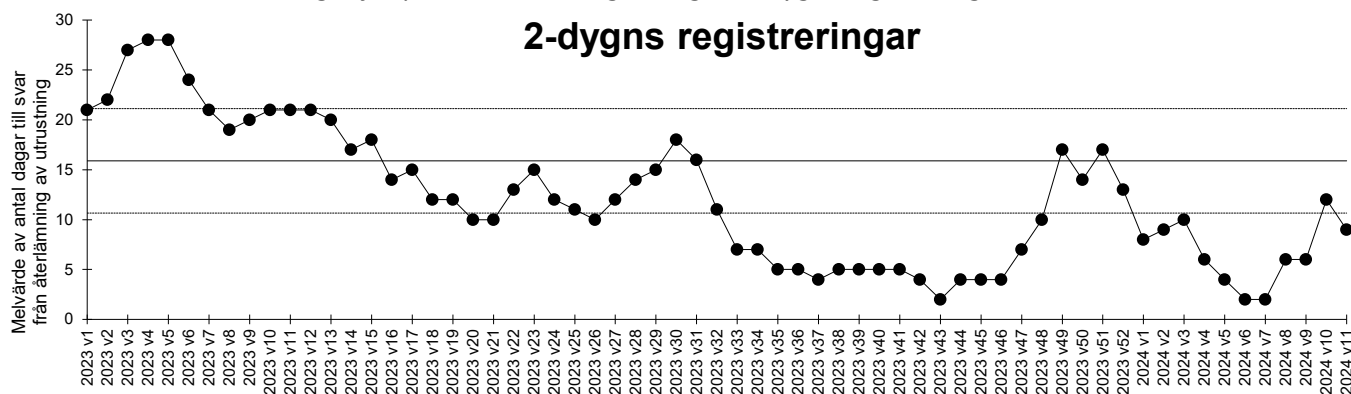
Figur 1

Medeltid till svar i antal dagar för patienterna som genomgått en 1-dygns registrering.



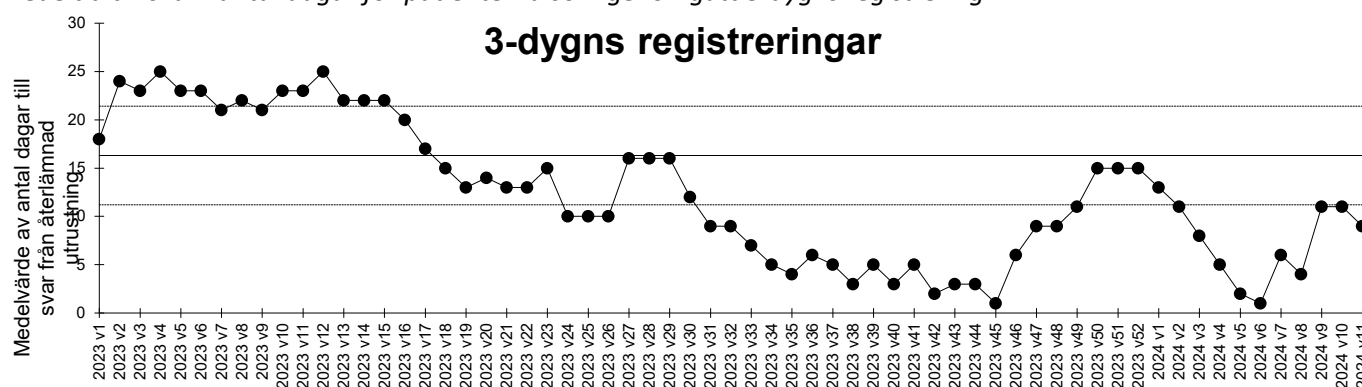
Figur 2

Medeltid till svar i antal dagar för patienterna som genomgått 2-dygns registrering.



Figur 3

Medeltid till svar i antal dagar för patienterna som genomgått 3-dygns registrering.



Resultat

Samtliga diagram visar hur tiden till svar minskat i jämförelse med början av 2023. Svarstiderna varierar över säsonger. På sommaren uteblir fler patienter vilket frigör personal för redigering och svarsskrivning. Det ena påkopplingsrummet var inte heller i bruk så antalet genomförda registreringar gick ner under sommaren. Det framgår tydligt att ett skifte i flöde från påkoppling till svar skett och att svarstiderna är kortare. Dock uppfylldes inte målet med signerat svar inom 4 arbetsdagar från återlämnad utrustning. Vecka 11 2024 genomfördes 110 registreringar och medelsvarstid för samtliga undersökningar var 9 dagar. Resultat av patienters upplevelse innan och efter workshop utvärderades med patientenkäter. Patienterna var redan till stor del nöjda och ingen signifikant skillnad kunde ses efter workshopen.

Nästa steg

Arbetet kring långtids-EKG fortsätter och förhoppningen är att framöver kunna uppnå satt mål med medeltid på max 4 arbetsdagar från dess att utrustningen återlämnats. En workshop på enhet 2 ska hållas för att öka personcentrering ytterligare även där. Förhoppningen är att kontinuerligt kunna arbeta med så väl svarstider som personcentrering kring långtids-EKG då det är en viktig undersökning där patienten är en väldigt aktiv del i mikrosystemet och faktiskt tillbringa 1-3 dygn med utrustningen i sin hemmamiljö.

Kontaktuppgifter

Namn: Julia Larsson

Email: Jullsson95@gmail.com

Arbetsgivare: Aleris HeartCenter AB

Enhet: Klinisk fysiologi, Sabbatsbergssjukhus, Aleris