



# Årsbok 2023

Masterstudenternas examensarbete i  
Kvalitetsförbättring och ledarskap  
inom hälsa och välfärd



# Innehåll

## Förord

Maja Alhberg	Säkrare fotarbete för patienter med diabetes i behov av ortopediska skor och inlägg
Marija Armus	Förbättrad hantering av biobankssamtycke
Anna Bergelin	”Vi räcker inte till” - Ett förbättringsarbete för att minska arbetsbelastningen och skapa en patientsäker vård.
Mercy Chebbet	Stepping out of isolation?
Karin Cleaver	Från tid till innehåll på en postoperativ enhet, ett förbättringsarbete i syfte att utveckla postoperativ smärtlindring tillsammans med patienter
Hanna Edvardsson	Valmöjligheter inför förlossning för kvinnor som utsatts för könsstympning
Charlotte Fink Oskarsson	Tryggare barn, en uppväxt fri från våld och kränkningar!
Lisette Forsberg	Prevention av neurotoxiska biverkningar efter cytostatikabehandling
Ulrika Grenholm	Trycksårsbarometern – färre trycksår inom thoraxintensivvården
Åsa Jönsson	Omvårdnadsrond för att öka delaktigheten för den hjärtkirurgiska patienten med ett komplicerat vårdförlopp

Andrea Leitzig	Fast vårdkontakt -vägen till personcentrerad vård
Viktoria Markusson	När får jag veta om jag har cancer?
Jonas Roshage	Förbättrad dokumentation i ambulans med patienternas smärtskattning
Cornelia Sandner	SBAR för stärkt patientsäkerhet inom operationsverksamhet – ett förbättringsarbete av en intraoperativ överrapporteringsprocess
Erika Sarvik	Individanpassad cancerbehandling
Linda Thuresson	Systematisk säkerställning av god hygienisk standard inom primärvård
Caroline Torell	Individanpassad bedömning
Felicia Trabelsi	”Ovisshet är det värsta som finns”- ett förbättringsarbete i syfte att förkorta svarstider inom hudcancerdiagnostik.
Erik Vennberg	Förbättrad smärtlindring på en akutmottagning
Efterord	

## Årsbok 2023 Masterprogrammet i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd

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

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

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

Studenterna har utmanats av komplexitet, organisationsförändringar, nedskärningar, chefsbyte och deras ledarskapsfärdigheter har verkligen satts på prov. Inte minst under åren då Coronaviruset drog över landet som en osynlig stormvind och vände upp och ner på allt vi kände till sedan tidigare. Dessutom startade kriget i Ukraina våren 2022 och många fick nya mentala utmaningar som påverkade både skolarbetet och ledarskapet på hemmaplan.

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

Nicoline Vackerberg  
Kursansvarig

Sofia Kjellström  
Examinator

## Säkrare fotarbete för patienter med diabetes i behov av ortopediska skor och inlägg

### Bakgrund

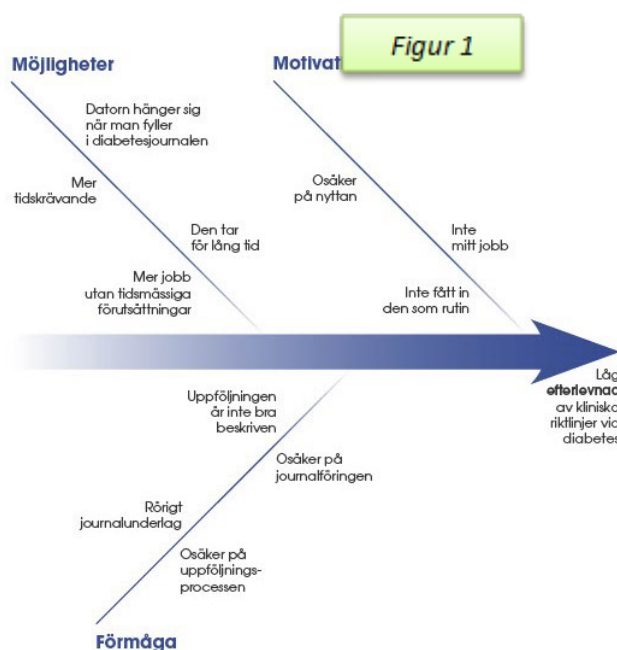
Aktiv ortopedteknik i Malmö är ett privat företag som tillhandahåller ortopedtekniska hjälpmedel. Ungefär 11 % av de som remitteras till kliniken har diabetes, som kan leda till allvarliga fotkomplikationer som sår och amputation. Att tidigt identifiera riskfaktorer är avgörande för att förhindra detta. Nya kliniska riktlinjer arbetades därför fram där en strukturerad fotundersökning avgör vilken risknivå en patient befinner sig i. De med högre risk rekommenderades få en uppföljning, antingen fysiskt eller via telefon. Efterlevnaden bland personal var dock låg efter införandet vilket ledde till ojämlig vård för patienterna.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Genom en SMS-enkät kunde vi få reda på om upplevt bemötande och delaktighet påverkades av ökad efterlevnad som innebär ett förändrat arbetssätt. Kortare intervjuer med sex patienter genomfördes för att ta reda på hur de önskade att en uppföljningsprocess efter erhållet hjälpmedel skulle se ut, och hur de generellt upplevde att vara patient på kliniken.

### Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet var att förhindra allvarliga fotkomplikationer vid diabetes genom ökad efterlevnad av kliniska riktlinjer. Det smarta målet var att öka andelen patienter med diabetes som får en riskgradering baserad på en strukturerad fotundersökning från 30 % till 70 % mellan juni 2022 och april 2023.

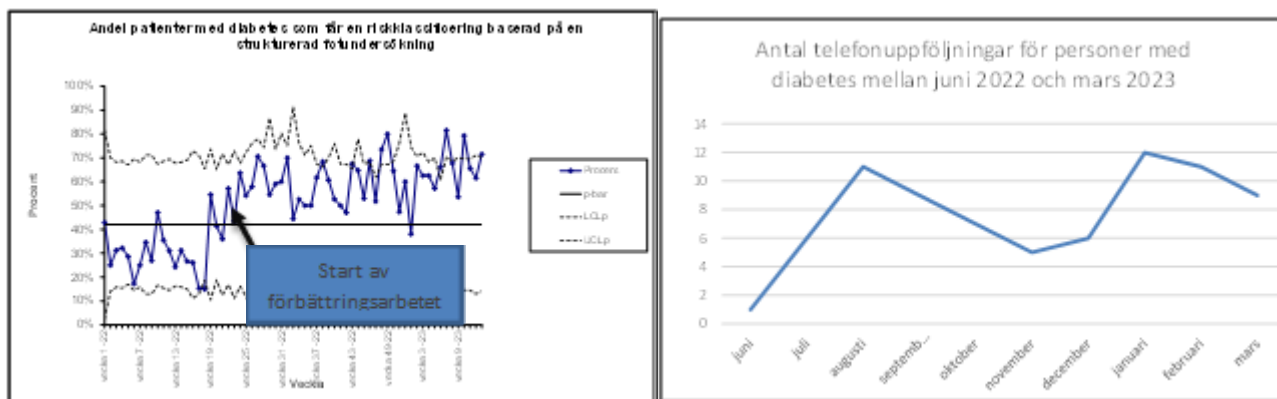


### Förändringsidé

En kartläggning av vilka bakomliggande faktorer som påverkade efterlevnaden bland personal genomfördes i ett fiskbensdiagram, se figur 1. Många angav tidsbrist och osäkerhet kring både arbetsgång och nytta som barriärer. Utifrån fiskbensdiagrammet planerades för olika förbättringsåtgärder med hjälp av Nolans förbättringsmodell, som genomfördes i olika PDSA-cykler. Dessa innefattade bland annat flera utbildningstillfällen, workshops, anpassning av riktlinjer efter kontextuella förutsättningar och att allt nödvändigt material skulle finnas lättillgängligt i samtliga patientutrymmen.

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

Andelen patienter med diabetes som fick en riskgradering baserad på en strukturerad fotundersökning följdes över tid i ett p-diagram (figur 2). Genom journalgranskning gick det att följa hur många patienter med diabetes som fick en telefonuppföljning (figur 3), och hur många av dessa som använde sina hjälpmedel eller var i behov av ett fysiskt besök.



Figur 2. Andel patienter med diabetes som får en riskgradering baserad på en strukturerad fotundersökning  
 Figur 3. Antal telefonuppföljningar för personer med diabetes mellan juni 2022 och mars 2023

## Resultat

Andelen patienter med diabetes som fick en riskgradering baserad på en strukturerad fotundersökning ökade till 61 % från förbättringsarbetets start, vilket inte riktigt nådde upp till målet men samtidigt var en stor förbättring. En del veckor överskred även verksamhetens målet. Antalet patienter med diabetes som fick en telefonuppföljning ökade från det att förbättringsarbetet startade. Av dem önskade 26 % en tid för justering på grund av otillfredsställande passform vilket visar att uppföljningar av hjälpmedel är en viktig del i arbetsprocessen för nöjdare patienter. Samtliga personer med diabetes som intervjuades ansåg att det var bra med en uppföljning där många även upplevde att det gav en ökad trygghet. SMS-enkäten påvisade ingen förändring, i jämförelse med andra patientgrupper, av upplevt bemötande och delaktighet när arbetssättet förändrades.

## Nästa steg

Organisationen arbetar för att få fram bättre stödfunktioner och ökade resurser för att kunna följa upp fler patienter med diabetes i syfte att snabbare kunna agera om det föreligger risk för sårutveckling, där förbättringsarbetet bidragit till ökad kunskap. De praktiska implikationerna bör ses som en del av den mobilisering av vården som kommer krävas för att screena patienter med risk att utveckla fotsår i takt med att diabetes ökar.

## Faktaruta

Namn: *Maja Ahlberg*  
 Email: *maja.ahlberg@aktivortopedteknik.se*  
 Arbetsgivare: Aktiv ortopedteknik  
 Enhet: Malmö  
 Hemsidan: *www.aktivortopedteknik.se*

## Förbättrad hantering av biobankssamtycke

### Bakgrund

Biobanker är värdefulla resurser för hälso- och sjukvården samt för den medicinska forskningen. En central del av varje biobanksverksamhet är biobankssamtycket. Patienter behöver fylla i en blankett som kallas nej-talong om de önskar ändra sitt samtycke. Enligt biobankslagen ska ändring av patienternas samtycke ske skyndsamt. Under år 2022 inkom totalt 459 nej-talonger till den berörda biobanksverksamheten i Region Stockholm. I dagsläget behövs det 77 arbetsdagar för att en nej-talong ska handläggas. Den ineffektiva processen för biobankssamtycke hotar patienternas självbestämmande rättighet. Denna process behöver förbättras för att öka patientsäkerheten och för att kunna upprätthålla biobankslagen.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Under förbättringsarbetets start involverades patientrepresentanter från det lokala Patientrådet i en fokusgrupp med syfte att kartlägga processen för biobankssamtycke i form av Service Blueprint. Patientrepresentanterna beskrev då hur processflödet för biobankssamtycket såg ut utifrån deras perspektiv, vilket har möjliggjort för biobanksverksamheten att skapa en realistisk Service Blueprint där flera flaskhalsar och förbättringsområden i processen identifierades.

### Syfte och Mål

Förbättringsarbetets övergripande syfte var att tidseffektivisera processen för biobankssamtycke i den berörda biobanksverksamheten i Region Stockholm. Det specifika SMARTA-målet för det här förbättringsarbetet var att minska antalet handläggningsdagar för inkomna nej-talonger från 77 till 45 arbetsdagar senast den 31 mars 2023.

### Förändringsidé

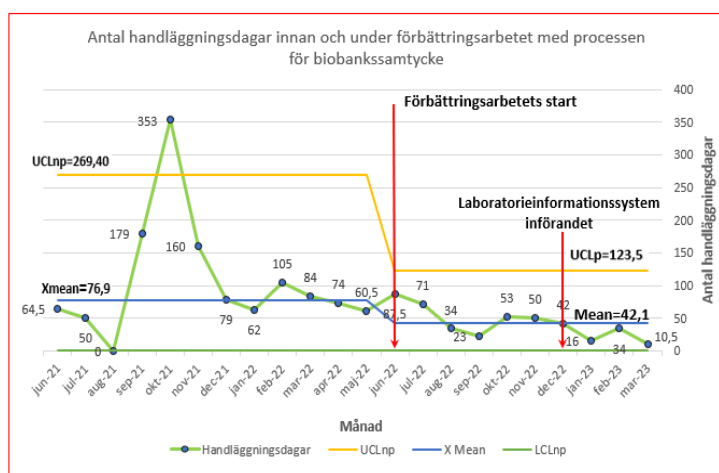
Under förbättringsarbetets gång har personalen i biobanksverksamheten provat fem olika förändringsidéer (Figur 1). Införandet av dessa fem förändringsidéerna i processen för biobankssamtycke har skett successivt. De första tre förändringsidéerna var lätta att implementera då de inte krävde mer arbetstid för personalen. De sista två förändringsidéerna implementerades under december 2022, eftersom de var mer komplexa och krävde både behörigheter och inläring i ett nytt laboratorieinformationssystem samt att ett uppföljningssystem som inte tidigare fanns inom verksamheten upprättades.



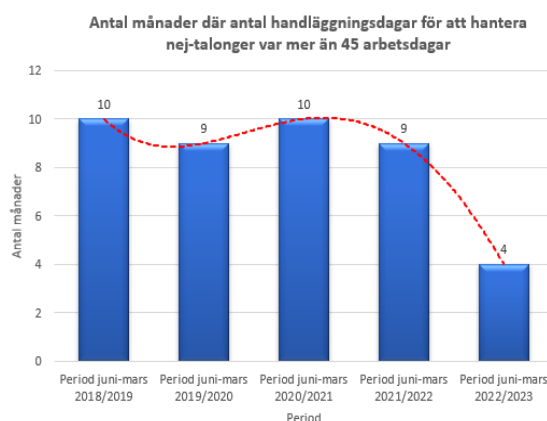
Figur 1. Förändringsidéer som testades i den berörda biobanksverksamheten i Region Stockholm.



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



Figur 2. XmR-diagram som visar antal handläggningsdagar innan och under förbättringsarbetet med processen för biobankssamtycke.



Figur 3. Stapeldiagram som visar antal månader där antal handläggningsdagar för att hantera nej-talonger var mer än 45 arbetsdagar.

## Resultat

Under en tio månaders period togs mätningar i den berörda verksamheten för att kunna analysera och evaluera om vidtagna förbättringsidéer gav önskat resultat. Som det visas i XmR-diagrammet låg medelvärdet av antal handläggningsdagar som behövs för att en nej-talung ska handläggas på 77 arbetsdagar innan förbättringsarbetet. Nu ligger medelvärdet för handläggning av nej-talongerna på 42 arbetsdagar vilket är en minskning med 35 arbetsdagar. I december 2022 har personalen fått tillgång till laboratorieinformationssystemet för att kunna lokalisera på vilket laboratorium ett prov finns. Detta har resulterat i att processen för biobankssamtycke tidseffektiviserades ytterligare med en minskning av antalet handläggningsdagar. Biobanksverksamheten hade under fyra årsperioder 9 eller 10 månader där det behövdes mer än 45 arbetsdagar för att handlägga en nej-talung (Figur 3). Förbättringsarbetet som genomfördes lyckades halvera det här resultatet till fyra månader. I samband med det här förbättringsarbetet kontaktades Biobank Sverige för förtydliggörandet kring vad som anses vara en rimlig tid för att handlägga en nej-talung. Den här kontakten har lett till att Biobank Sverige har kommit med en nationell rekommendation kring hur många arbetsdagar en nej-talung bör handläggas, vilket inte fanns tidigare. Den nya rekommendationen är att en nej-talung som omfattar ett prov där analysen redan har utförts ska handläggas inom 30 arbetsdagar, med undantag för de prover som behöver sparas för analys under en längre period.

## Nästa steg

Biobank Sverige har ett pågående projekt som innebär digitalisering av processen för biobankssamtycke på nationell nivå. Digitaliseringen förväntas starta under hösten 2023. Nästa steg för den berörda biobanksverksamheten är att börja planera införandet och implementeringen av det digitala biobankssamtycket i verksamheten. Digitaliseringen av biobankssamtycke innebär en säkrare och effektivare process utan onödiga tidsfördröjningar och utan omfattande pappersarbete.

## Faktaruta

Namn: Marija Armus

Email: marija.armus@regionstockholm.se

Arbetsgivare: Region Stockholm



# ”Vi räcker inte till” - Ett förbättringsarbete för att minska arbetsbelastningen och skapa en patientsäker vård.

## Bakgrund

I media får vi läsa om sjuksköterskebristen, stängda vårdplatser och långa väntetider på akutmottagningarna runt om i landet. Detta har varit ett problem under många år, men i och med omprioriteringarna och den extrema arbetsbelastning som pandemin medfört på sjukvården har nu problemet växt och konsekvenserna för patientsäkerheten gör sig påmind dagligen. Fler och fler sjuksköterskor lämnar 24/7-verksamheten och vi har hamnat i en exit-spiral där brister i bemanning och/eller kompetens leder till ytterligare ökad stress, sämre kommunikation och samverkan och i slutändan drabbas patienterna av skador orsakade av vården.

## Patientnytta/Patientinvolvering

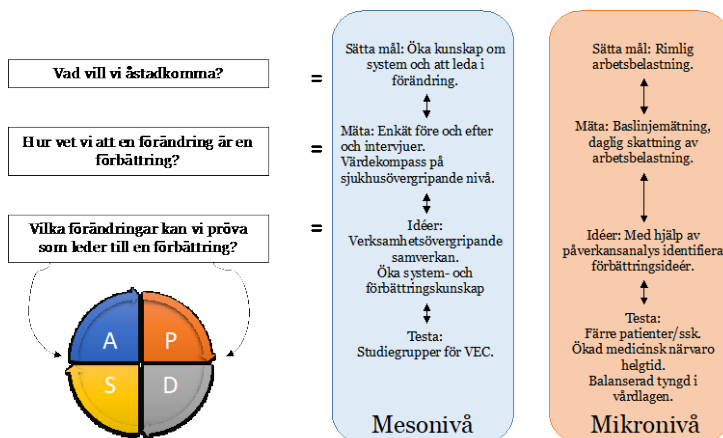
Personalsäkerhet och patientsäkerhet går hand i hand, och forskning visar att en välavvägd arbetsbelastning leder till ökad kvalitet i vården. Alla patienter har rätt att känna sig trygga och säkra i mötet med vården. För att skapa förutsättningar för detta har förbättringsarbetet fokus på sjuksköterskornas arbetsmiljö.

## Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet är att säkerställa tillgången till vårdplatser genom att förbättra arbetssituationen för sjuksköterskor som arbetar i 24/7- verksamhet. Insatser har gjorts på både meso- och mikronivå (Figur 1). Denna presentation fokuserar på mikronivån och dess mål att skatta en rimlig arbetsbelastning som definieras som värde >7 på en 10-gradig skala:

**Mikronivå:** Till mars 2023 skattar sjuksköterskorna på ortopedavdelningen sin arbetsbelastning som >7 på 75 % av arbetspassen. En ökning från baslinjemätningens 43%.

## Förändringsidé



Figur 1. Beskrivning av förbättringsarbetets tvådelade fokus.

För att bryta exit-spiralen krävs det att sjuksköterskornas erfarenheter tas tillvara och detta förbättringsarbete ämnar göra det på ett systematiskt och sjukhusövergripande sätt då alla delar av ett komplext system påverkar och påverkas av varandra.

Det sjukhusövergripande förbättringsprojektet bygger på studiegrupper för vårdenhetschefer (VEC) med slutenvårdsplatser på sjukhuset (Figur 1) för att öka kunskaper om att leda i komplexa system och möjliggöra samverkan.

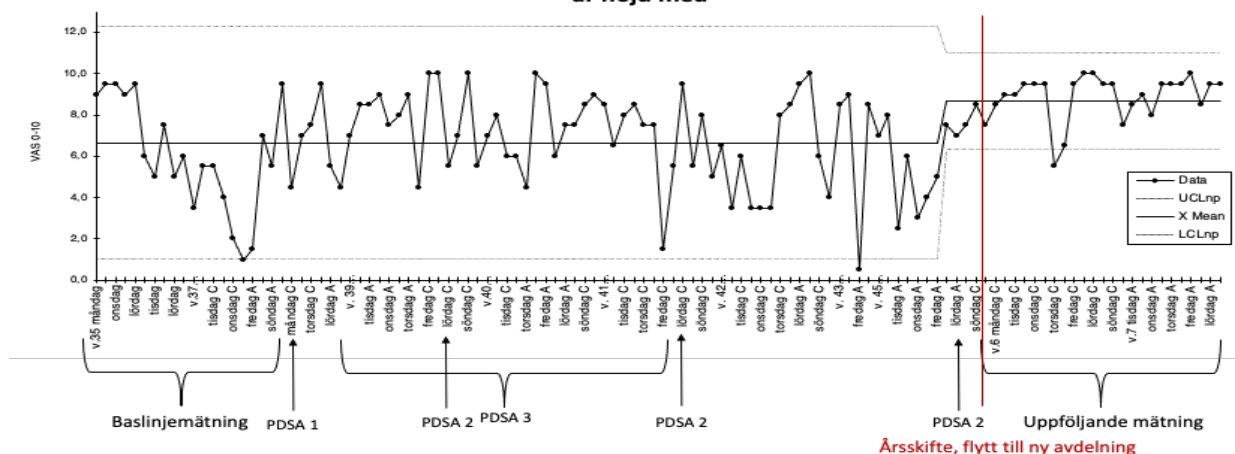
Parallellt med detta övergripande arbete har ett

förbättringsarbete med fokus på minskad arbetsbelastning bedrivits på ortopedavdelningen. Med utgångspunkt från kartläggningen av problemområdet identifierades tre förbättringsideer som testades i verksamheten under hösten 2022 (se mikronivå i Figur 1).

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

För att följa utvecklingen över tid har en övergripande frågeställning valts ut som innebär en daglig skattning där sjuksköterskan svarar på frågan ”Jag har haft tillräckligt med tid att utföra mina arbetsuppgifter på ett sätt som jag är nöjd med”, (0 Instämmer inte alls, 10 Instämmer helt). Parallellt med denna har kvalitativa utvärderingar gjorts för att identifiera vinster och utvecklingsbehov med de olika PDSA-testerna. För att

## "Jag har haft tillräckligt med tid för att utföra mina arbetsuppgifter på ett sätt som jag är nöjd med"



Figur 2. Sjuksköterskornas dagliga skattning av arbetsbelastning. Där 0= instämmer inte alls, 10= instämmer helt.

balansera personalsäkerhet med patientsäkerhet har även omvårdnads kvalitetsmätningar gjorts i form av punktprevalens mätningar 3 ggr under förbättringsarbetet.

### Resultat

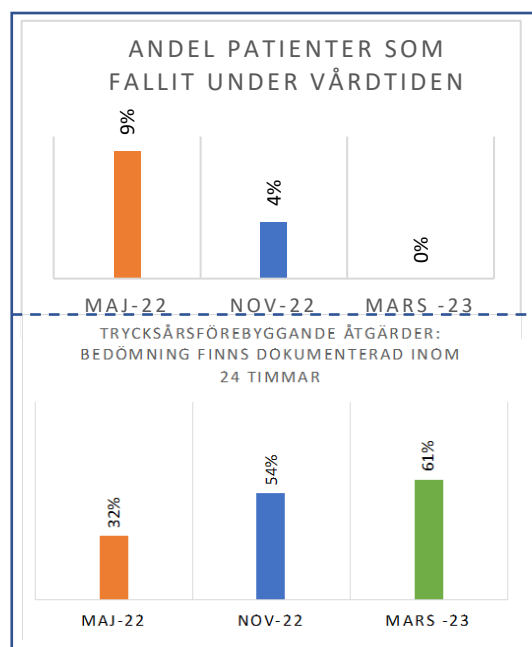
Den uppföljande mätningen visade att målet med rimlig arbetsbelastning (>7) på 75 % av arbetspassen har uppnåtts (Figur 2). Lärdomarna från förbättringstestet med färre patienter/sjuksköterska (PDSA 3) är att resurserna kan nyttjas mer flexibelt efter behov. Ett viktigt instrument är avstämningsmöten med vårdtyngdsmätning som äger rum dagligen vilket ger en mer balanserad vårdtyngd mellan vårdlagen. Testet med ökad läkarbemanning helgtid visade kvalitativa vinster men har inte kunnat upprätthållas under våren på grund av begränsade läkarresurser. Omvårdnads kvalitetsmätningen i mars (Figur 3) visar även förbättring avseende fall och andel patienter som har en riskbedömning och dokumenterade trycksårspåbyggande åtgärder.

### Nästa steg

Systemproblem, som sjuksköterskebristen, är per definition komplexa och det finns inte en lösning utan många små förbättringar behöver ske samtidigt och på olika nivåer i systemet för att åstadkomma förändring. Det krävs samverkan, flexibilitet och nyfikenhet för att ständigt anpassa organisationen till förändrade omständigheter. Förbättringskunskapens metoder och verktyg som använts under detta förbättringsarbete har visat sig framgångsrikt för att ta sig an problem av denna komplexitet och arbetssättet kommer fortsätta implementeras i verksamheten samt sjukhusövergripande för att skapa förutsättningar för en hållbar patientsäker vård.

### Faktaruta

Namn: Anna Bergelin  
 Email: [anna.bergelin@regionostergotland.se](mailto:anna.bergelin@regionostergotland.se)  
 Arbetsgivare: Region Östergötland  
 Enhet: Ortopediska kliniken Vrinnevisjukhuset



Figur 3. Fall och trycksårspåbyggande åtgärder.

## Stepping out of isolation?

### Background

The impacts of social isolation on people with high-functioning autism (HFA) are detrimental to the individual and society. As a way of addressing social isolation, in Sweden, a lot of efforts have been tailored towards ensuring that people with HFA have a right to a good quality of life and meaningful engagement. However, despite these efforts, service user attendance at the daily activity centers is low as those who have been granted the decision do not fully attend. To reduce the risk of social isolation among service users, their motivation to attend daily activities must thus be strengthened.

### Service user involvement

Four service users with low attendance were asked to share their views on why service user attendance at the daily activity center was low. This information was shared by the service users during social interactions with the professionals at the daily activity center.

### Purpose and Goal

This improvement work aimed to understand why the attendance of service users was low and to increase service user attendance through the Step Out intervention. Increasing service user attendance would thus, reduce the risk of social isolation. The smart goal was to double the average attendance days of the four service users who had not followed their implementation plan and had culpable absenteeism between January 2022- August 2022. This would be achieved by modifying the ordinary working model between September 2022 – March 2023.

### The idea of change.

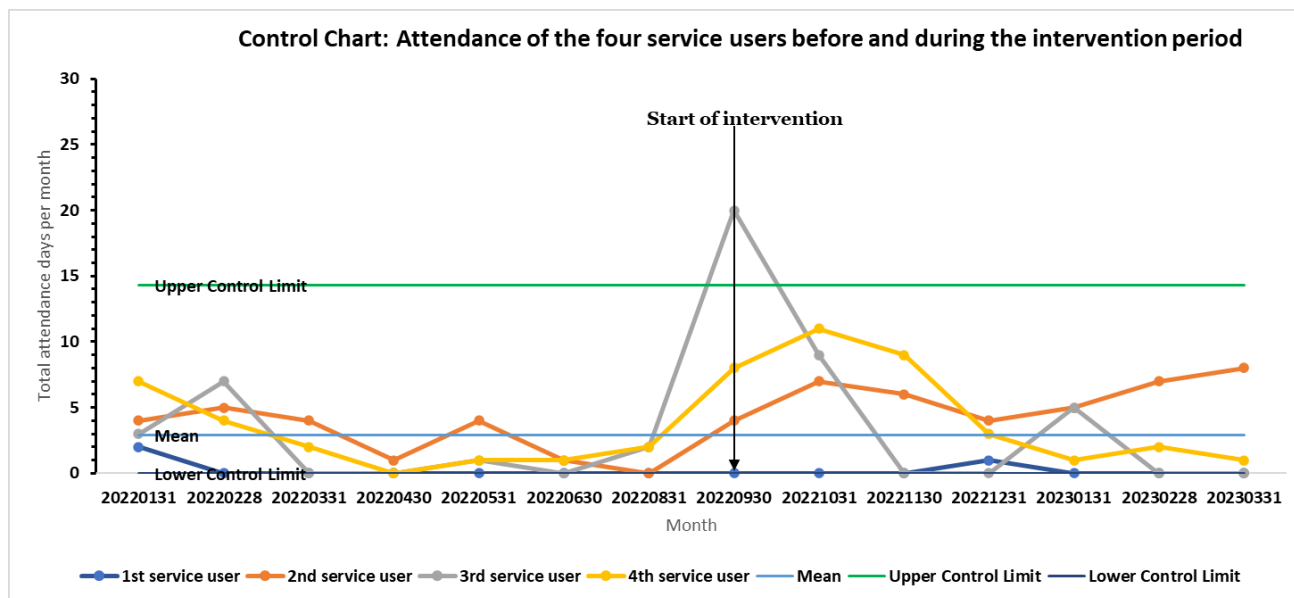
During a collaborative meeting between different daily activity centers, a model called Step Out had been mentioned as having increased service user attendance in another municipality. In the absence of evidence-based working methods, the improvement team tested whether incorporating the components of Step Out into the ordinary model (Table 1) would also increase service user attendance at the local daily activity center. The five components of Step Out included clear and meticulous information, in-depth mapping, building trust relations, cooperation with family members, and setting realistic goals. The modified model focused on increasing service users' motivation whereby the professionals saw the big picture, created trust with the service users, worked with solution-focused methods, and used motivational interviews when motivating the service users.

**Table 1:** The ordinary model and the newly adapted model (Step Out).

<b>Ordinary model at the DAC</b>	<b>New adapted model (Step out)</b>
<p>Each case starts with the group manager receiving a decision from the social worker and later distributing the decision to one of the work consultants.</p> <p>The work consultants do a general mapping of the service user's needs and wishes based on the decisions after one meeting with the service user.</p> <p>The work consultants decide which activities the service users can engage in and how often. Activities and placement options are available within the organizations.</p>	<p>Each case begins with a meeting between the social workers, service users and work consultants. Clarify the decisions made by social workers, inform the service user on the daily activities, understand why the service user has chosen to apply for it and what happens after the service user has gotten the decision on daily activities.</p> <p>Work consultants do an in-depth mapping after two meetings with the service user and family member (when consent is given) to find out the service users interests and wishes, also what has previously been tested and worked or failed.</p> <p>The work consultant and the service user together decide which activity is suitable for the service user, and how often it is realistic for the service user to attend the activities.</p> <p>Activities and placement are within and outside the organization.</p>
<p>The service user starts their daily activities on their own.</p> <p>Different supervisors contact the service user during their daily activities.</p>	<p>The service user starts their daily activity with a contact person (supervisor) who follows the service user to all their activities.</p> <p>The same contact person spends time with the service user and builds a relationship with the service user.</p>
<p>No cooperation with family members. Implementation plan is followed up once every six months by any of the work consultants.</p>	<p>Cooperation with family members. Implementation plan is followed up once a week by one designated work consultant.</p>

## How do you know this change is an improvement?

A baseline measurement of the four service users' attendance was recorded before and during the intervention period (Figure 1). The views shared by the service users on why attendance at the daily activity center is low were collected during social interactions with the professionals at the daily activity center. The views were manually recorded by the professionals.



**Figure 1:** Control chart of attendance of the four service users before and during the intervention period.

## Result

a). The smart goal to double the average attendance days of the 4 service users during the intervention period compared to the measurement period Jan-Aug was achieved among 3 service users. The smart goal was, however, not achieved in 1 service user. The average attendance of the 2<sup>nd</sup>, 3<sup>rd</sup>, and 4<sup>th</sup> service users during the measurement period Jan-Aug was 2.7, 1.8, and 2.4 respectively. During the intervention period, their average attendance was 5.8, 4.8, and 5 respectively. The average attendance of the 1<sup>st</sup> service user during the measurement period Jan-Aug was 0.2 and during the intervention period was 0.1.

b). Each service user is unique therefore, the components of Step Out were differently applied to match each service user's needs and interests. All the service users had in-depth mapping and a contact person.

c). The six causes identified on why the service users did not attend to their daily activities included, multiple diagnose, change in sleep pattern, lack of motivation, crowding, change in season, and low interaction with the contact person.

## Next step

The next step will be to implement the newly adapted model (Step Out) as a working model at the local daily activity center. Some important lessons gained from this improvement work are that service users are unique with unique skills and interests and therefore, the professionals at the daily activity center must use an individualized approach that focuses on the individual's skills and interests rather than the general approach that focuses on the

entire group. Secondly, motivating service users with HFA may take time but with the right prerequisites e.g., consistency, patience, and genuine interest in the individual positive change can be achieved.

### Fact box

Name: *Mercy Chebbet*  
 Email: *mercy.chebbet@ljungby.se*  
 Employee: *Ljungby municipality*  
 Unit: *Caring for disabled persons.*

## Från tid till innehåll på en postoperativ enhet, ett förbättringsarbete i syfte att utveckla postoperativ smärtlindring tillsammans med patienter

Internationellt och nationellt mäts smärtintensitet i Numeric Rating Scale (NRS) 0 (Ingen)-10 (max).

### Bakgrund

Postoperativ vård handlar om att hantera effekter hos patienter som genomgått kirurgi eller varit sövda för någon procedur. Centralt i den postoperativa vården är att lindra smärta. Internationellt och nationellt går utvecklingen från ensidig opioidbehandling till ett multimodalt arbetssätt med fler metoder för smärtlindring. Detta är särskilt viktigt på den lokala enheten där fler patienter har medel till hög smärta vid ankomsten till postop jämfört med övriga Sverige. På enheten vistas drygt 6000 patienter per år från kirurgiska, ortopediska såväl som obstetriska och barnkliniker. För att förbättra vården och utvärdera smärtbehandling fokuserades även mobilisering i detta förbättringsarbete.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

För att öka förståelsen kring patienters upplevelse genomfördes en patientenkät kring deras upplevelse av den postoperativa miljön, smärtbehandlingen eventuella andra symptom, om de kände delaktighet samt en öppen fråga där många passade på att beskriva smärtan utförligare än enbart genom siffran.

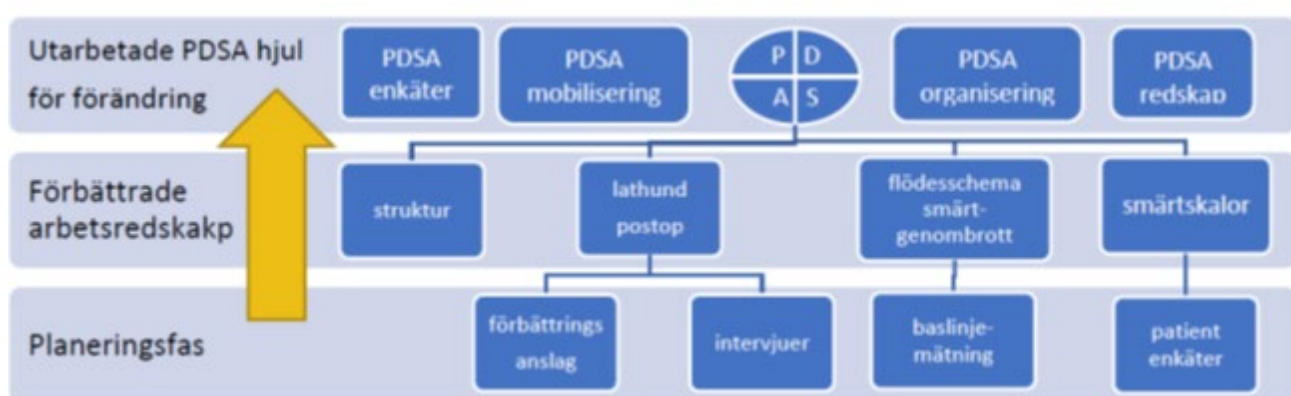
### Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att öka förutsättningar för att patienter ska få en individanpassad och multimodal smärtlindring på postop med utgångspunkt i en ökad patientdelaktighet.

### Smarta mål för slutet av mars 2023:

En ökning av andel patienter med dokumenterad smärtskattning vid utskrivning till 80%. Minskning av andelen patienter med  $\geq 5$  NRS för smärta vid utskrivning med 10 procent. Ökning av andel mobiliserade patienter som genomgått kirurgi med 10 procent. Uppföljning genom patientenkät har skett varje månad under förbättringsarbetet. Av dessa fyra mål kommer resultat för tre redovisas.

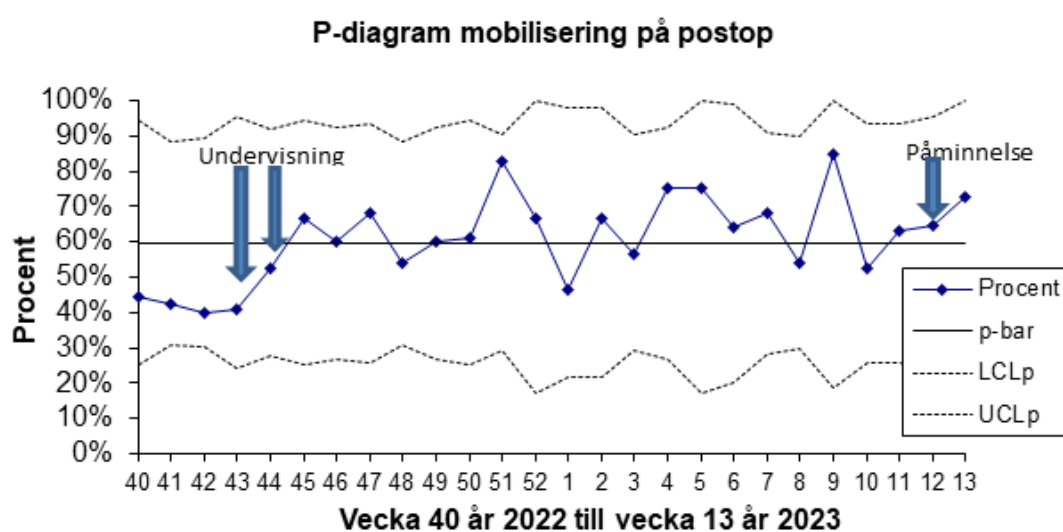
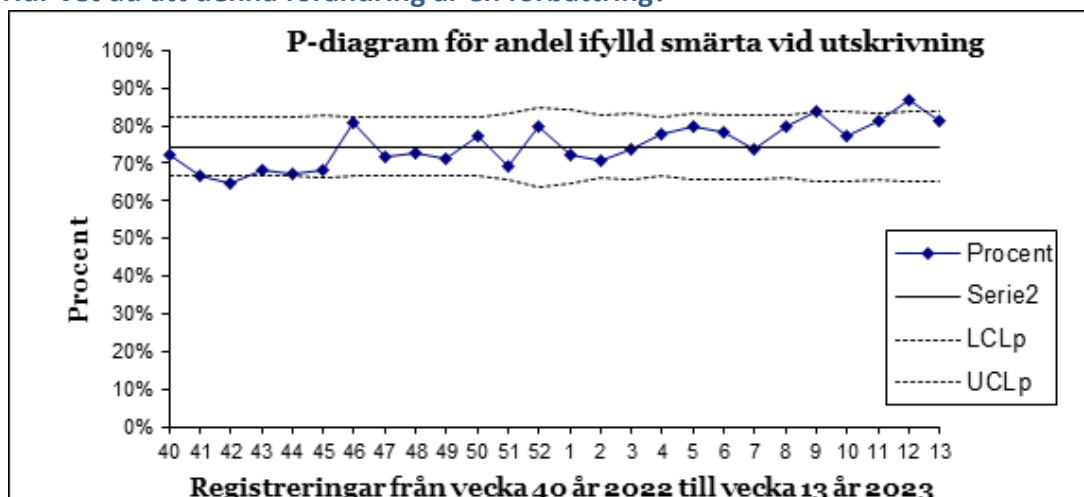
### Förändringsidé



Vi utgick från intervjuer med personal för att fånga förändringsidéer som gav förutsättningar för att fokusera på att förbättra smärtlindring till multimodal i dialog med patienten. Ett kvalitetsmått för att veta att vi förbättrar för patienterna är att säkerställa att vi gör våra registreringar vi skall enligt riktlinjerna. Förbättringsarbetet med registreringar gör att vi med större säkerhet kan säga hur patienterna har det på postop vilket i sin tur utgör grunden för arbete med kvalitetsförbättringar.



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



## Resultat

*Den största lärdomen är hur viktig smärtlindring inklusive mobilisering är och att vägen framåt är att fortsätta ha dialogen med patienten som utgångspunkt i vården.*

En förbättring av registreringar har skett där målet 80 procent uppnåts. Vad gäller mobilisering har vi överskridit målet som var ökning med 10 procent. Genom de muntliga patientenkäterna kan vi nu veta något mer om vilka besvär patienterna har och hur de upplever vård på postop. Till exempel att patienter

kan uttrycka nöjdhet med smärtlindring trots att NRS är fortsatt hög. Det var intressant att det i resultatet framgick hur mycket smärta som lindras på postop.

## Nästa steg

Arbetet med smärta på postop är ett ständigt aktuellt förbättringsarbete. Nu pågår specifika förbättringsarbeten kopplade till särskilda patientgrupper. Arbetet med mobilisering kommer vi fortsätta att arbeta med och mäta för att se om den ökning vi har uppmätt håller i sig.

## Faktaruta

Namn: Karin Cleaver

Email: Karin.Cleaver@regionstockholm.se

Arbetsgivare: Södersjukhuset AB

Enhet: Verksamhetsområde Anestesi/IVA

## Valmöjligheter inför förlossning för kvinnor som utsatts för könsstympning

### Bakgrund

I Sverige uppskattas 40 000 flickor och kvinnor ha utsatts för könsstympning. Kvinnor som utsatts för könsstympning typ 3 har blygdläppar som sytts ihop och täcker vaginalöppningen. En gravid kvinna behöver genomgå defibulering (öppningsoperation) under graviditet eller vid förlossning. Det är flest fördelar med defibulering under graviditet. Vulvamottagningen på Angereds närsjukhus är en specialistmottagning som ger vård till kvinnor som utsatts för könsstympning. Trots fördelarna med defibulering under graviditet har det under de senaste åren inte inkommit några remisser till Vulvamottagningen gällande gravida kvinnor.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Föreningen *Tidigt Föräldrastöd* i Angered kontaktades och två träffar genomfördes med doulor och kulturtolkar. En doula stödjer kvinnor vid förlossning och har kulturkompetens från både ursprungslandet och från Sverige. De tillfrågades om vad som är viktigt att förmedla till barnmorskemottagningarna i Västra Götalandsregionen och vad vårdpersonal ska tänka på i mötet med en gravid kvinna som utsatts för könsstympning. Det område som identifierades som allra viktigast gällde vårdpersonalens bemötande av kvinnor som utsatts för könsstympning.

### Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att gravida kvinnor som utsatts för könsstympning typ 3 ska identifieras på barnmorskemottagningar i Västra Götalandsregionen och remitteras till Vulvamottagningen. Patienten ska få information om fördelar och nackdelar med defibulering under graviditet och vid förlossning samt få möjlighet att välja tidpunkt för defibulering.

Det SMART:a målet var att 15 gravida kvinnor som utsatts för könsstympning typ 3 skulle remitterats från barnmorskemottagningar i Västra Götalandsregionen till Vulvamottagningen under perioden 8 sep 2022–31 mars 2023.

### Förändringsidé

Förändringsidéerna uppkom genom en kartläggning av orsaker. För att identifiera och strukturera orsaker till problemet och prioritera bland dessa användes ett orsaks-verkan-diagram. Diagrammet framtog av Vulvamottagningens team och tydliggjorde att brist på kunskap och kompetens både om könsstympning och om Vulvamottagningen är en betydande orsak och det område som förbättringsarbetet skulle vara inriktat på.

Samtliga 69 barnmorskemottagningar i Västra Götalandsregionens regi fick erbjudande om en utbildning om könsstympning. Utbildningen var två timmar lång och barnmorskemottagningarna fick själva välja om den skulle vara på plats eller digitalt. Det var 68 barnmorskemottagningar som tackade ja till utbildningen.

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

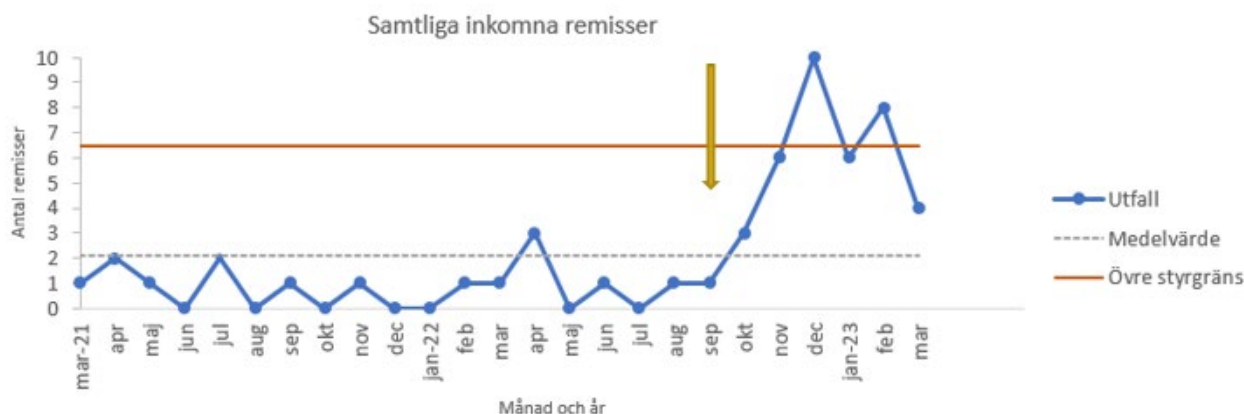
De mått som har följts är antal remisser som inkommer till Vulvamottagningen från barnmorskemottagningar och om patienterna väljer att genomgå defibulering under graviditet eller vid förlossning.

### Resultat

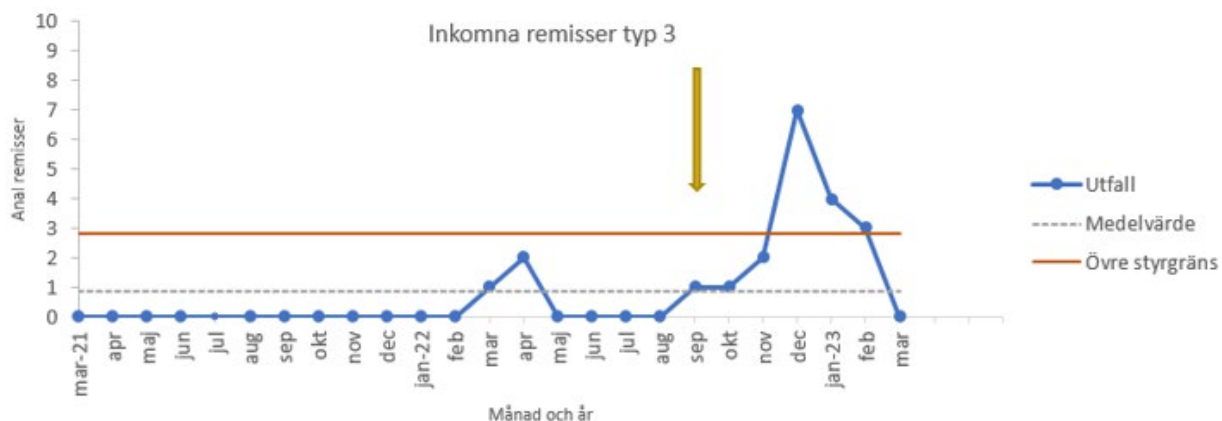
Kunskapen om könsstympning och den vård som finns att tillgå har ökat genom utbildningarna och identifieringen av kvinnor som utsatts för könsstympning har förbättrats. Remisser från barnmorskemottagningar gällande gravida kvinnor som utsatts för typ 3 har ökat och totalt 17 gravida kvinnor som utsatts för könsstympning typ 3 har remitterats. Av de gravida kvinnor som utsatts för typ 3 valde 82 % defibulering under graviditet. Fler kvinnor än tidigare får därmed erfara fördelarna med defibulering under graviditet. I Figur 1 visas ett styrdiagram för samtliga inkomna remisser och i Figur 2 visas ett styrdiagram för inkomna remisser gällande gravida kvinnor med könsstympning typ 3. Pilarna i diagrammen visar när utbildningarna startade.



**Figur 1. Samtliga inkomna remisser/månad från barnmorskemottagningar till Vulvamottagningen under perioden mars 2021-mars 2023**



**Figur 2. Inkomna remisser/månad gällande gravida kvinnor som utsatts för könsstympning typ 3 under perioden mars 2021-mars 2023**



### Nästa steg

I januari 2023 påbörjades ett arbete med en regional medicinsk riktlinje i Västra Götalandsregionen för omhändertagandet av kvinnor som utsatts för könsstympning. Rekommendationer för defibulering under graviditet kommer tas fram av Socialstyrelsen och där ingår Vulvamottagningen i arbetsgruppen. Förhoppningen är att rekommendationerna från Socialstyrelsen och de regionala riktlinjerna ska bidra till att stärka och förankra de arbetsätt som har påbörjats genom förbättringsarbetet och bidra till en mer jämlik vård i Sverige. Förbättringsarbetet kan ge kunskap och inspiration när fler specialistmottagningar för kvinnor som utsatts för könsstympning startar upp och behöver arbeta med omhändertagandet av gravida kvinnor samt vid utbildningsinsatser gällande könsstympning.

### Faktaruta

Namn: Hanna Edvardsson

Email: hanna.edvardsson@vgregion.se

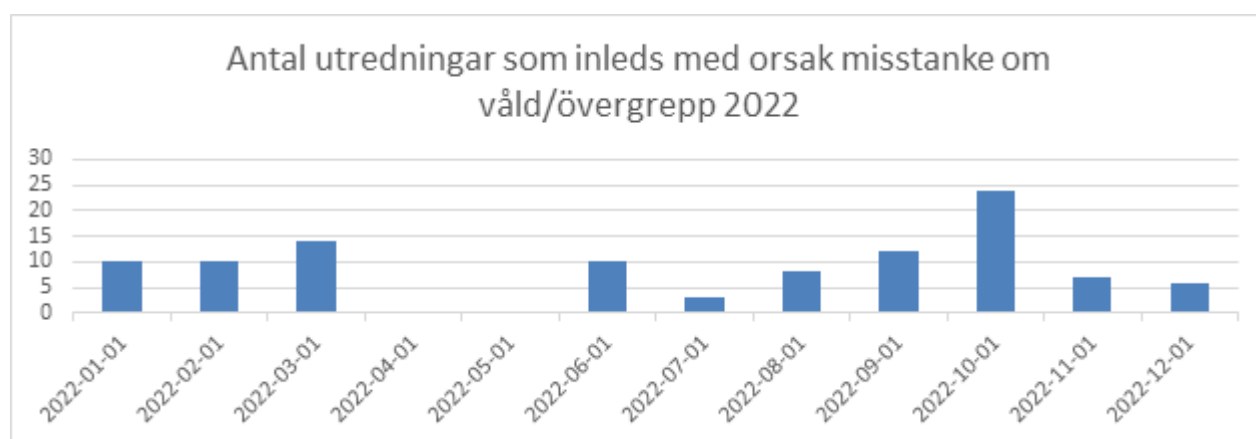
Arbetsgivare: Angereds närsjukhus, Sjukhusen i väster

Enhet: Vulvamottagningen, Gynekologimottagningen, Angereds närsjukhus

## Tryggare barn, en uppväxt fri från våld och kränkningar!

### Bakgrund

Allt fler anmälningar som görs till socialtjänsten handlar om misstanke om våld mot barn i nära relation. En målgrupp som socialtjänsten har svårt att hjälpa, är när familjen själv inte vill, frivilliga stödinsatser är då omöjliga att sätta in. Mottagligheten är störst för att ta emot stöd och hjälp i samband med att familjen får information om anmälan. Förbättringsarbetet utgår från socialtjänsten, utredningsenheten barn och unga myndighetsutövning i en mindre kommun i Sverige. Socialsekreterare på utredningsenheten utreder enligt socialtjänstlagen, barn och unga mellan 0 - 20 år. Förbättringsarbetet är införandet av insatsen Tryggare barn. Insatsen påbörjas i samband med att utredning inleds, i inledningen av kontakten med socialtjänsten. Insatsen ska stärka relationen mellan barn och föräldrar och minska risken för konflikter. Föräldrar får hjälp med att hantera ilska och stress. Föräldrar träffar behandlare vid sex tillfällen utifrån olika teman. Tryggare barn bygger på forskning om vilka metoder som fungerar för att förstärka relationen mellan barn och föräldrar.



Figur 1

### Brukarinvolvering

Familjer som erbjuds och tackar ja till insatsen, skattar upplevelsen av våld och kränkningar i familjen vid första tillfället och vid avslut av insatsen. Brukarinvolveringen har också varit de samtal som behandlare har förmedlat från barn som beskriver att våldet har upphört och från föräldrar som beskriver att de har fått hjälp.

### Syfte och Mål

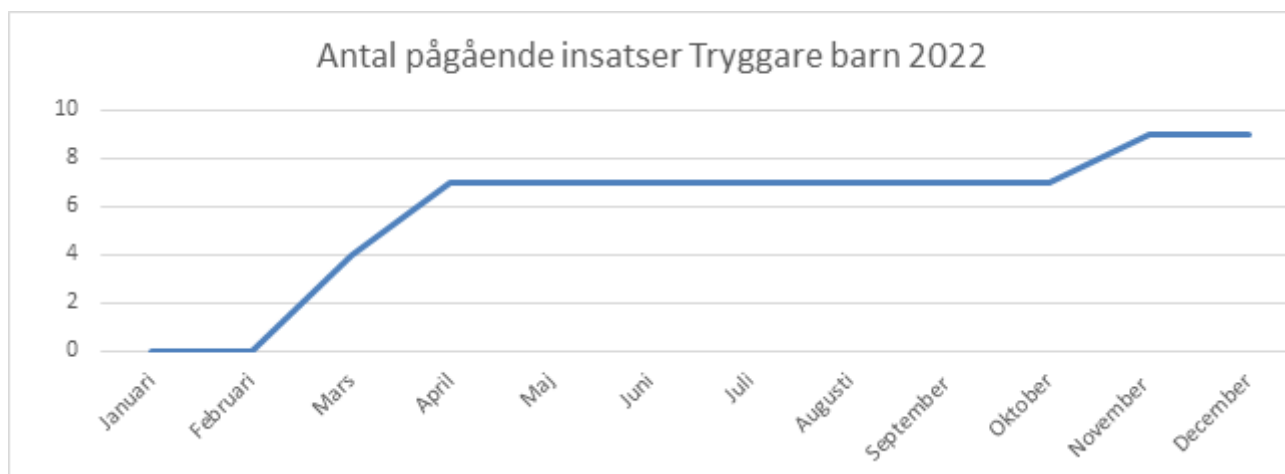
Syftet med förbättringsarbetet är att införa och följa upp insatsen tryggare barn för att barn inte ska utsättas för våld och kränkande behandling av sina föräldrar genom att minska negativt samspel, förebygga risksituationer och att stärka relationen mellan barn och föräldrar.

### Smarta mål

- Att erbjuda och påbörja insatsen till samtliga familjer där det finns misstanke eller förekomst av våld och kränkningar från föräldrar till barn. Målet ska vara färdigställt för att testas 221231.
- Att erbjuda insatsen i samtliga ärenden där det finns uppgifter om våld eller kränkande behandling från vuxen mot barn i familjen.
- 12 familjer som erbjuds insatsen tar emot stöd och uppfyller målen med insatsen. Målet ska vara uppnått 230530.

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

Från februari 2022 var insatsen möjlig att bevilja. Personal var utbildad och familjer erbjöds behandling. From februari 2022 tom december 2022 har femton barn och sju familjer beviljats insatsen Tryggare barn. Tidigare mätningar visade att i februari är det ett ärende. En familj i mars och en familj i april. Juni/juli beviljades fyra familjer insatsen. Under 2022 har fyra familjer avslutat insatsen med måluppfyllelse. En familj har delvis uppnått måluppfyllelse pga. att de har beviljats annan insats inom socialtjänsten. Samtliga i arbetsgruppen uppfattar att insatsen fångar fler familjer än tidigare. Fyra familjer har erbjudits insatsen och tackat nej.



Figur 2

## Resultat

Från februari 2022 till och med december 2022 har femton barn och sju familjer beviljats insatsen Tryggare barn. Under 2022 har fyra familjer avslutat insatsen med måluppfyllelse. Barn och föräldrar berättar "Det är färre konflikter hemma" och "mamma slår mig inte längre". Föräldrar som säger att "alla borde få gå denna kurs". " jag får hjälp med hur jag ska göra för att inte slå mitt barn".

Behandlare beskriver "nyckeln till lyckad implementering av Tryggare barn är att vi (i förbättringsgruppen) träffas regelbundet för att dela erfarenhet, diskutera lärandet och erfarenheter av behandlingen".

I resultatet framkommer att det fortfarande är ett antal familjer som inte erbjuds insatsen vilket visar sig i statistik för inkomna anmälningar och beviljade insatser.

## Nästa steg

Arbetet fortsätter genom förbättringsgruppen och att alla familjer som ingår i målgruppen ska erbjudas insatsen. Fler behandlare utbildas i metoden och att fler familjer tackar ja till insatsen.

## Faktaruta

Namn: Charlotte Flink Oskarsson

Email: charlotte.flink-oskarsson@vetlanda.se

Arbetsgivare: Vetlanda kommun

Enhet: Socialförvaltningen, utredningsenheten

## Prevention av neurotoxiska biverkningar efter cytostatikabehandling

### Bakgrund

Cytostatika kan orsaka en rad olika biverkningar som kan ha negativ inverkan på det dagliga livet hos patienter som fått behandling. Cytostatikainducerad perifer neuropati (CIPN) kan leda till långvariga problem för patienten med domningar och stickningar i händer och fötter. Komplikationerna kan orsaka fysiskt handikapp, fallrisk, en minskad livskvalitet samt leda till att behandlingsplanen blir ändrad.

Detta förbättringsprojekt har valt att fokusera på patienter med mag-tarmcancer som får Oxaliplatinbaserad cytostatika som har kända neurotoxiska biverkningar. Uppföljningen har innan förbättringsarbetet endast baserats på ostrukturerade frågor om förekomsten av neurotoxiska biverkningar. Ingen strukturerad bedömning och individuell rehabilitering har tidigare utförts på enheten.

### Patientinvolvering

I samband med start av förbättringsarbetet tillfrågades en specifik patient som hade stora besvär med cytostatikainducerad perifer neuropati efter sin cytostatikabehandling. Hen gav input som användes i förbättringsarbetet. I förbättringsarbetet involverades fem patienter i samband med tester och deras input påverkade utvecklingen av arbetssättet i teamet där patienten och anhörig ingår.

### Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förändringsarbetet är att öka livskvaliteten och minska CIPN besvären för patienter med eller med risk för cytostatikainducerad neuropati.

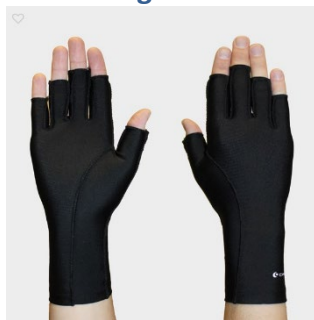
#### Smarta mål

Minst fyra patienter med cancer i mag-tarmkanalen och planerad behandling med Oxaliplatin ska ha fått en upprättad rehabiliteringsplan senast 2023-03-01.

Hälften av patienterna ska öka sin skattning av livskvalitet (EORTC QLQ C30) från baseline innan 2023-04-01.

För att öka kunskapen ska 35 medarbetare ha genomgått en tvärprofessionell studiecirkel utifrån vårdprogrammet i cancerrehabilitering senast 2023-02-01.

### Förändringsidé



Figur1:  
Kompressionshandskar

Det finns enligt internationella riktlinjer för diagnos, förebyggande, behandling och uppföljning ett litet underlag för kompressionsbehandling som menar att lätt kompression inte kan skada patienten. Enligt dessa rekommendationer kan därför kompression användas som en förebyggande åtgärd.

Förändringsidén är att patienterna skall få en bedömning av en kontaktsjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut samt individanpassad rehabilitering under behandling med neurotoxiskt cytostatikum. Patienterna skall under pågående behandling skatta sina symtom regelbundet med syfte att synliggöra besvären som uppstår för att kunna erhålla lindrande åtgärder. Ett test var att undersöka om besvären minskar efter kompressionsbehandling av händerna.

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

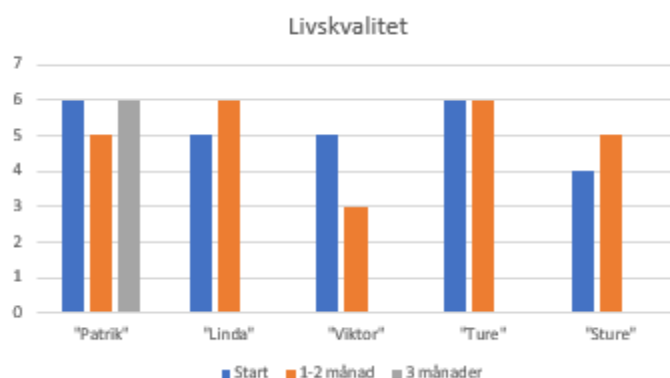
Flera olika skalor användes i förbättringsarbetet Visual analog skala, EOTC QLQ C 30 and CIPN 20, JAMAR, smärteckning, gång och balans tester, varav VAS och en del av EOTC QLQ C30 (livskvalitetsenkät) presenteras här. Livskvalitet skattades med VAS 1–7 (1= mycket dåligt 7=utmärkt). De patienter som fick prova kompressionshandsken fick använda handsken på en hand men skatta sina besvär i båda händerna för att se om skillnad uppnåddes. Visual analog skala (VAS) 0–10 (0= inga besvär 10=mycket stora besvär) användes för detta ändamål.

## Resultat

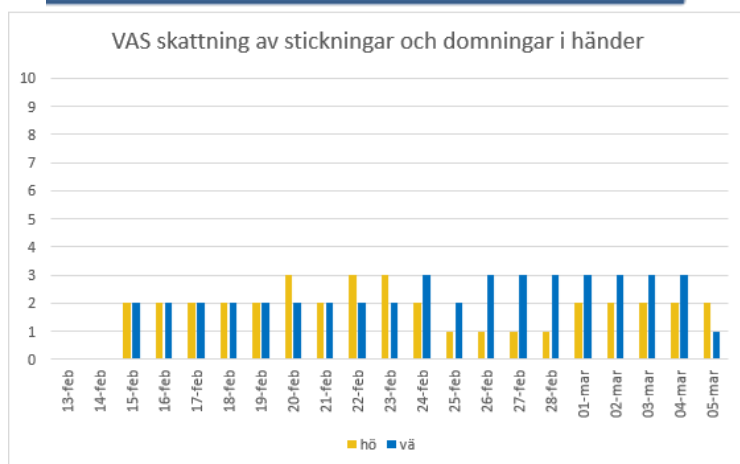
Mål 1: Målet var att minst 4 patienter skulle medverka i förbättringsarbetet vilket uppnåddes då 5 deltagare deltog.

Mål 2: Målet att hälften av deltagarna skulle få en ökad livskvalitet uppnåddes inte då två av fem deltagare visade på ett positivt utfall efter 1-2 månader. Figur 2 visar resultatet för varje patient gällande livskvalitet före start och efter en till två månader följt av en mätning efter tre månader.

För att nå målet med ökad livskvalitet gjordes ett PDSA gällde minskade besvär med CIPN genom kompressionshandskar. Fyra av fem patienter upplevde en positiv effekt av kompression kopplat till värmeökning och stabilitet för händerna. Två av fem visade på en skillnad i skattning av stickningar och domningar mellan hand med kompression och den utan kompression. Figur 3 visar resultatet för en patient. Mål 3: Totalt 40 medarbetare genomgick den tvärprofessionella studiecirkeln kring vårdprogrammet för cancerrehabilitering.



Figur 2: Stapeldiagram med skattning av livskvalitet på en skala mellan 1-7



Figur 3: Stapeldiagram med daglig skattning av besvär med stickningar och domningar i händer (VAS 0-10)

## Faktaruta

Namn: *Lisette Forsberg*

Email: *Lisette.Forsberg@regionvasterbotten.se*

Arbetsgivare: Regionvästerbotten

Enhet: Cancercentrumsmottagning

## Nästa steg

Fortsatt arbete med rehabiliteringsplaner, baserade på strukturerade bedömningar, för även andra cancerdiagnoser med likande besvär. Även fortsätta med det tvärprofessionella arbete kring patienterna då de olika kompetenserna bidrar med fler perspektiv som för arbetet framåt. Tvärprofessionella forum ger också en naturlig spridning av information och kommunikation i det olika yrkesgrupperna.

## Trycksårsbarometern – färre trycksår inom thoraxintensivvården

### Bakgrund

Trycksår kan förutom fysiskt och psykiskt lidande även leda till social isolering och ekonomisk påverkan. Enligt forskning är ca. 90 procent av alla trycksår undvikbara. Intensivvårdspatienter har generellt hög trycksårsrisk, thoraxintensivvårdspatienter ännu högre på grund av sjukdoms- och behandlingsspecifika faktorer såsom hjärtkirurgi, grav cirkulationssvikt och läkemedelsbehandling. Varje år genomförs drygt 1000 hjärtoperationer på Karolinska Universitetssjukhuset och ca. 200 patienter vårdas i minst tre vård dygn på Thoraxintensivvårdsavdelningen. Uppgifter från 2021 tydde på att trycksårsandelen kunde ligga på 40 procent vilket indikerade ett förbättringsbehov och initierade förbättringsarbetet med namnet Trycksårsbarometern.

### Patient-/intressentinvolvering

Utifrån lokala och i forskning presenterade patientberättelser valdes att även inkludera lägsta trycksårs kategorien i mätningarna då även dessa kan orsaka lidande. Patienters åsikter efterfrågades i ett PDSA-hjul gällande test av avlastningskuddar

### Syfte och Mål

Trycksårsbarometern syftade till att förbättra patienternas hudstatus genom att lokalt anpassa evidens gällande förebyggande och behandlande trycksårsaktiviteter. Berörda patienter vårdades på Thoraxintensivvårdsavdelningen i minst tre vård dygn mellan 2022-09-01 och 2023-03-31. Det övergripande målet specificerades i två SMART-mål:

### Processmål

- Öka medianen av antalet genomsnittliga dokumenterade lägesändringar/vård dygn/patient från 5,4 st. till 7,8 st. till 2022-12-31.

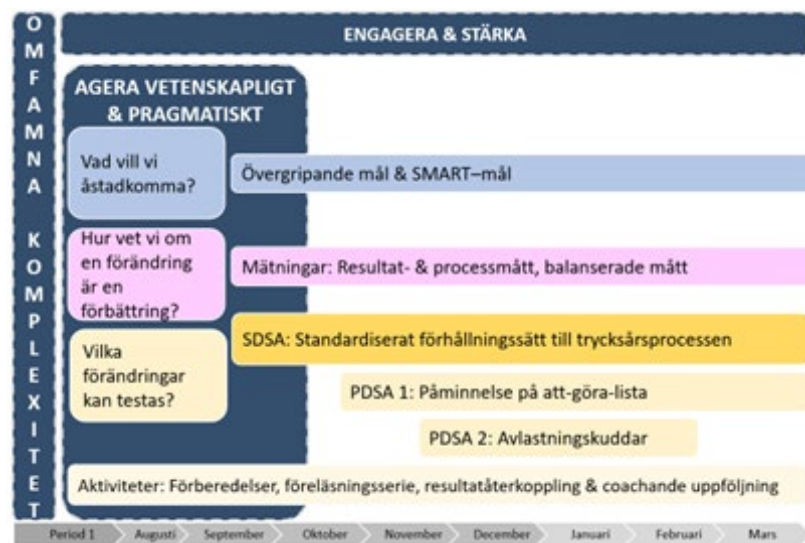
### Resultatmål

- Öka andelen patienter utan trycksår från 60 procent till 80 procent till 2022-12-31.

Fortsatt uppföljning till 2023-03-31 valdes för att följa resultatens utveckling över tid.

### Förändringsidé

Trycksårsbarometern delades in i tre perioder. Period 1 förberedelsefasen (våren 2022) bestod av baslinjemätning, kunskapsinsamling, behovs- och attitydinventering bland omvårdnadspersonal samt skapandet av ett standardiserat förhållningssätt gällande generaliserbara förebyggande och behandlande trycksårsaktiviteter. Period 2, den aktiva fasen 2022-08-22-2022-12-31, bestod av en föreläsningsserie, introduktion av standardiserat förhållningssätt, resultatåterkoppling, coachande uppföljning och två PDSA-hjul. Använda verktyg var påverkansanalys, Nolans förbättringsmodell samt ramverket SHIFT-Evidence. Därefter fokuserade period 3, 2023-01-01-2023-03-31, på uppföljning av hållbarheten i förbättringsarbetet utan samma intensitet som i period 2.

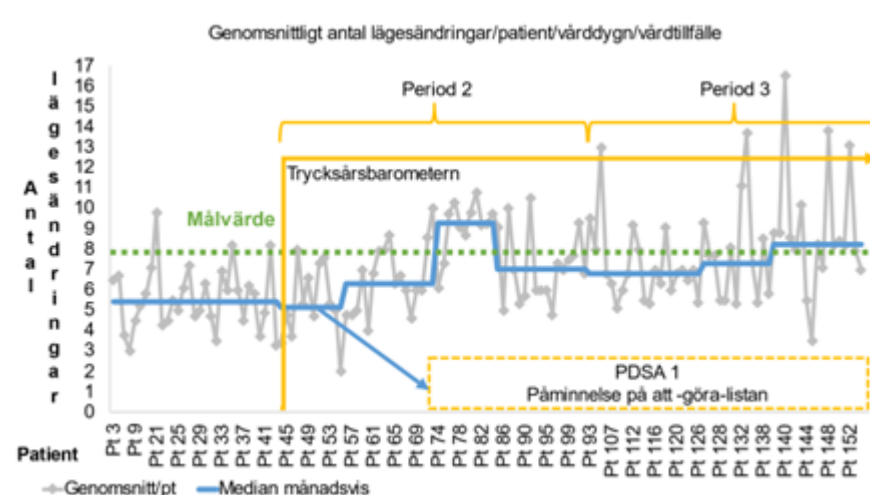


Figur 1. Använda förbättringsmodeller och aktiviteter



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

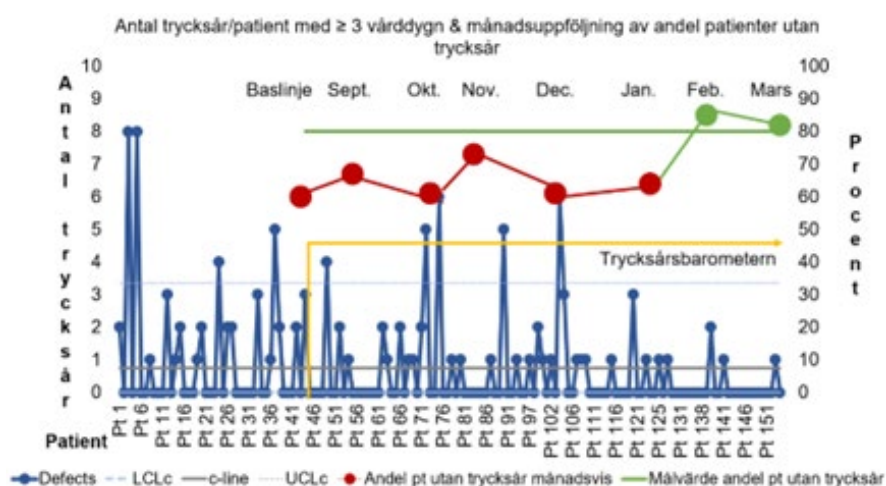
Mätningar av median av genomsnittliga antalet dokumenterade lägesändringar/vårddygn/patient samt antal trycksår/patient och månadsvis andel patienter utan trycksår visade om förbättring hade uppnåtts. PDSA-hjul 1 triggades av den initiala försämringen och utvecklades under fem varv.



Figur 2. Sekvensdiagram för lägesändringar

## Resultat

Processmålet median 7,8 st genomsnittliga dokumenterade lägesändringar/vårddygn/patient överträffades under två separata månader. Målpuffyllelsen kan kopplas till ökad påminnelse om lägesändring i journalens att-göra-listan. Uppnådda nivåhöjningen kan både gälla dokumentation av och faktiskt genomförda lägesändringar. Resultatmålet 80 procentig andel patienter utan trycksår uppnåddes under de två sista månaderna. Även om det tog tid att nå andelsmålet kunde förbättringar skönjas tidigare i C-diagrammet. Därutöver har uppföljning av trycksårens allvarlighetsgrad också påvisat en förbättring. Patienter skadades färre gånger och mindre allvarligt av trycksår under Trycksårsbarometern än vid baslinjemätningen.



Figur 3. Kombination av linjediagram för andel patienter utan trycksår och C-diagram för antal trycksår/patient

## Nästa steg

Gediget förberedelsearbete, engagemangsskapande samt lokal kännedom och anpassning var nycklarna till Trycksårsbarometerns framgång i ett komplext mikrosystem som Thoraxintensivvårdsavdelningen är. Förbättringsarbetet kommer att övergå till sårvårdsgruppen för fortsatt uppföljning och personalutbildning. Kompetensen kring dokumentation i sårvårdsjournalen samt fuktrelaterade hudskador behöver höjas och automatiserade påminnelsen säkras i framtiden. Trycksårsbarometern kommer att spridas inom hemsjukhuset samt internationellt genom sjuksköterskenätverket för sårvård inom europeiska universitetssjukhusalliansen EUHA.

## Faktaruta

Namn: Ulrika Grenholm  
 Email: [ulrika.grenholm@regionstockholm.se](mailto:ulrika.grenholm@regionstockholm.se)  
 Arbetsgivare: Karolinska Universitetssjukhuset  
 Enhet: Thoraxintensivvårdsavdelning



# Omvårdnadsrund för att öka delaktigheten för den hjärtkirurgiska patienten med ett komplicerat vårdförlopp

## Bakgrund

Att få besked om att du måste operera ditt hjärta kan vara en chockerande, livshotande och livsavgörande händelse. Ca 1100 patienter genomgår hjärtkirurgi på Karolinska Universitetssjukhuset varje år. Drygt 50 % av de hjärtkirurgiska patienter i Sverige får någon form av komplikationer som kan leda till ett komplicerat vårdförlopp. Varje vecka vårdas upp till 3 patienter med ett komplicerat vårdförlopp på avdelningen. Patientberättelser och svar från patientenkäter visar en upplevd låg delaktighet i sin vård. Vårdavvikelser visar att patienterna med komplicerade vårdförlopp inte får den omvårdnad som kan förväntas.

## Patient-involvering

Patienterna blev inför varje omvårdnadsrund tillfrågad om de ville delta och efteråt tillfrågades de om deras upplevelsen om det fanns något som hen tyckte skulle ändras kring arbetssättet till nästa gång den skulle genomföras. Patienten blev sedan kontaktad för att svara på frågor om deras upplevda delaktighet.

## Syfte och Mål

Det övergripande syftet är att patienter med ett komplicerat vårdförlopp ska få en jämlik, patientsäker och evidensbaserad vård på en hjärtkirurgisk vårdavdelning genom att införa omvårdnadsrund. Syftet var att förbättra delaktigheten för patienter med komplicerat vårdförlopp och att införa evidensbaserade omvårdnadsdiagnoser, mål och åtgärder för dessa patienter på ett strukturerat sätt.

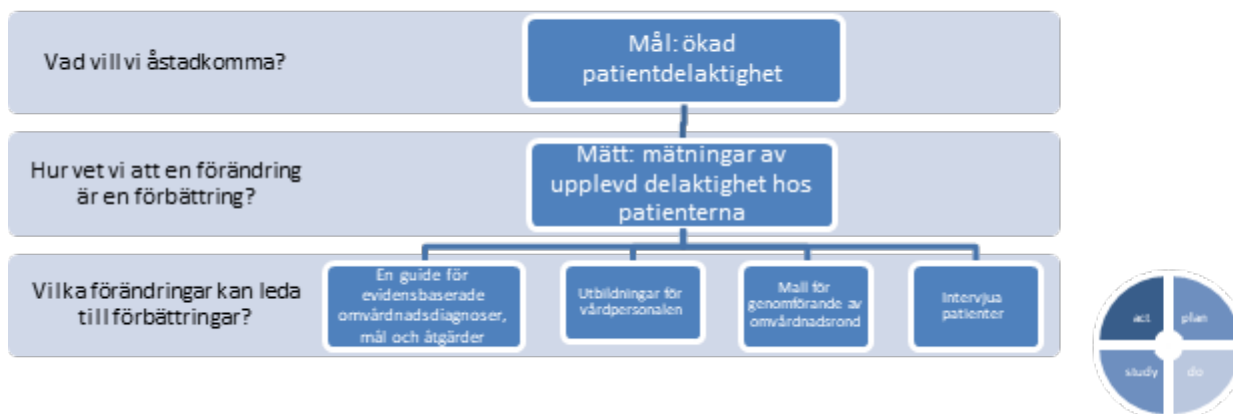
## Smarta mål

Från november 2022 till mars 2023 ska 1 patient varje vecka som är i behov delta i omvårdnadsrund. Patienterna som deltar i omvårdnadsrund ska även uppleva en ökad delaktighet i sin vård från 5,5 (median från baslinjemätning) till 8 på en skala 1–10.

## Förändringsidé

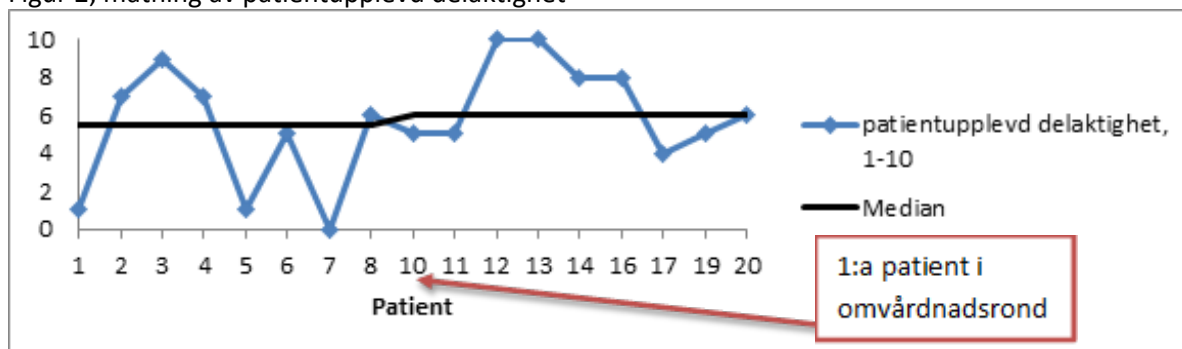
Med omvårdnadsprocessen och det teoretiska ramverket Fundamentals of Care som en bottenplatta utvecklades omvårdnadsronden med hjälp av Nolans förbättringsmodell och PDSA-hjul för att utarbeta, implementera och testa omvårdnadsrund. Omvårdnadsronden sker efter att patienterna blivit identifierade utifrån deras behov. Den leds av en specialistsjuksköterska tillsammans med patientansvarig sjuksköterska, undersköterska, patienten och om hen önskar, närstående. Omvårdnadsronden tar avstamp i patientens behov och dennes berättelse ska styra. Varje identifierat problem blir en omvårdnadsdiagnos som leder till ett antal omvårdnadsåtgärder med delmål. Kontinuerliga utvärdering sker tillsammans med patienten.

Figur 1. Användande av Nolans förbättringsmodell i förbättringsarbetet.

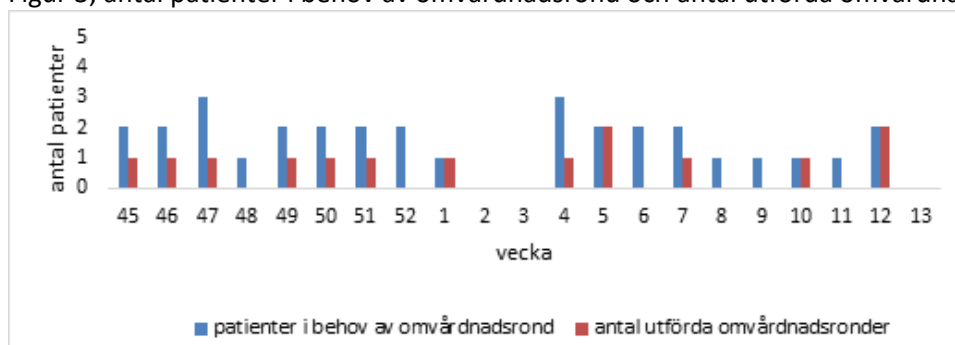


## Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Figur 2, mätning av patientupplevd delaktighet



Figur 3, antal patienter i behov av omvårdnadsrund och antal utförda omvårdnadsrunder



## Resultat

Under den period förbättringsarbetet har pågått har det inte funnits patienter som haft behov av omvårdnadsrund på 3 av 21 veckor, målet att inkludera en patient/vecka har inte nåtts. Olika faktorer spelar in att omvårdnadsrund inte kunnat genomföras alla veckor som behov har funnits bl.a. hög arbetsbelastning och vårdtyngd samt sjukfrånvaro i arbetsgruppen för omvårdnadsrund. Vid två tillfällen orkade inte patienten delta.

Patienterna som deltagit i en omvårdnadsrund skattar sin delaktighet något högre än de som inte deltagit, de har också mindre variationer i sina svar, se figur 2. Målet att nå 8 har inte nåtts. 60% av patienterna sa "ja", jag känner mig delaktig, 40 % svarade "delvis". De flesta patienter hade svårt att uppge på vilket sätt de kände sig delaktiga och på vilket sätt de skulle vilja bli delaktiga. Faktorer som gjorde att de kände sig delaktiga var att de vågade ställa frågor, att bli lyssnade på och att våga ifrågasätta provsvar och undersökningar. De flesta av patienterna svarade att de inte visste på vilket sätt de ville bli involverade, men också att de inte ville bli det för att de litade på vårdpersonalen.

Vad gäller omvårdnadsdiagnoser och åtgärder så har samtliga patienter minst en diagnos med tillhörande åtgärder. Inga jämförelser går att göra då mätningar inte gjorts innan omvårdnadsrund infördes, se figur 3. Målet att införa evidensbaserade diagnoser och åtgärder anses ha uppnåtts.

## Nästa steg

Nästa steg blir att utföra omvårdnadsrund mer kontinuerligt och när behovet finns. Omvårdnadsrund ska bli lika naturligt som den medicinska rond. Uppföljningar av åtgärder och diskussioner tillsammans med patienten bör ske mer regelbundet och med ett lärande i fokus. Fortsatta uppföljningar och föreläsningar kommer att ske på vårdavdelningen och i forum för omvårdnad. Andra enheter både inom sjukhuset men också ute i landet har visat intresse för omvårdnadsrund och arbetsgruppen ska delta på det Svenska Thoraxmötet hösten 2023 för att berätta om omvårdnadsronden.

## Faktaruta

Namn: Åsa Jönsson

Email: [theriverflood@hotmail.com](mailto:theriverflood@hotmail.com)

Arbetsgivare: Region Stockholm, Karolinska Universitetssjukhuset

Enhet: Tema Hjärta kärl och Neuro, Omvårdnadsområde Hjärta och Kärl

## Fast vårdkontakt -vägen till personcentrerad vård

“Ska jag tillfrågas om min vård och hur jag vill ha det?” **Det har**

### Bakgrund

Fast vårdkontakt (FVK) är ett personcentrerat arbetssätt och erbjuds till patienter som har många vårdbesök. Den fasta vårdkontakten bidrar till att patienten aktivt kan delta i och påverka sin vård. Ovanstående citat är från en patient som har blivit erbjuden FVK på en vårdcentral i Region Dalarna och tyder på brister i införandet av FVK. Syftet med detta förbättringsarbete var att utarbeta ett hållbart arbetssätt där FVK erbjuds när behovet finns. Arbetssättet utformades och testades med 12 patienter under perioden september 2023 till februari 2023. Vårdcentralen har ca 10 000 listade patienter och en sjuksköterskemottagning med tolv sjuksköterskor.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

I förarbetet involverades tre patienter som berättade om sina vårdbehov och erbjöds FVK. Under förbättringsarbets gång vidgades involveringen till ytterligare nio patienter som har många vårdbesök och skulle kunna vara i behov av FVK enligt ovan.

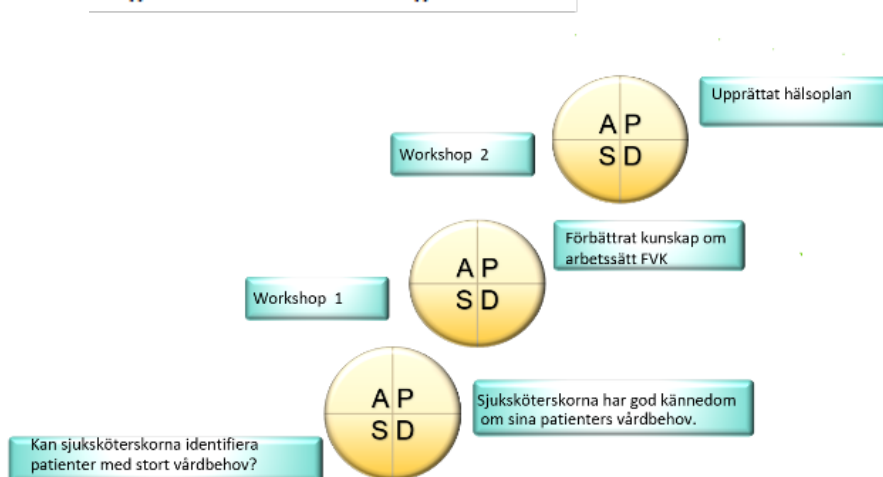
### Syfte och Mål

Det övergripande syftet var att öka trygghet och kontinuitet för vårdcentralens patienter genom att tilldela patienter som har många vårdkontakter en namngiven FVK inklusive upprättande av hälsoplan.

#### SMARTa Mål

1. För att öka kontinuitet och sammanhållen vård för patienter med stort vårdbehov ska tolv patienter med > 10 vårdkontakter/år ha en FVK på den aktuella vårdcentralen den 28 februari 2023.
2. För att främja patientmedverkan ska alla patienter med FVK ha dokumenterat Min hälsoplan i sin journal den 28 februari 2023.
3. Samtliga sjuksköterskornas kunskapsnivå om arbetssätt FVK ska ligga över 5 på en visuell analog skala (VAS) från 0 – 10 den 9 mars 2023.

Figur 1 Nolan's förbättringsmodell



### Förändringsidé

Förändringsidén (figur1) bestod i att:

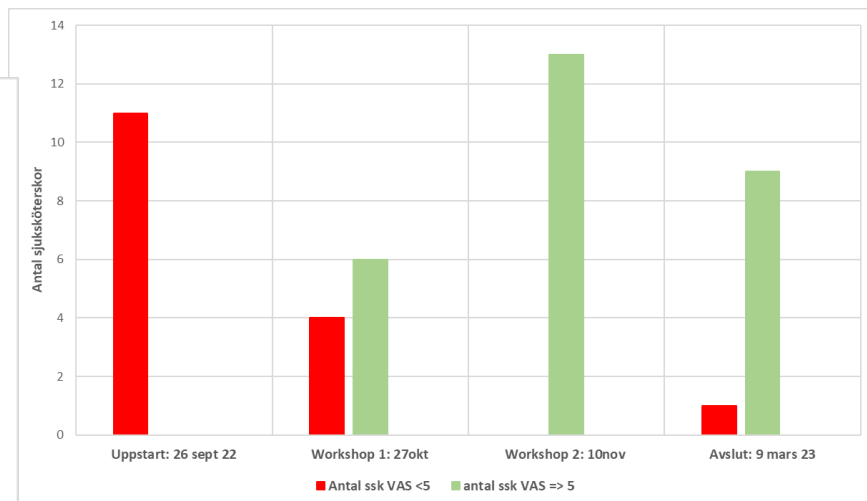
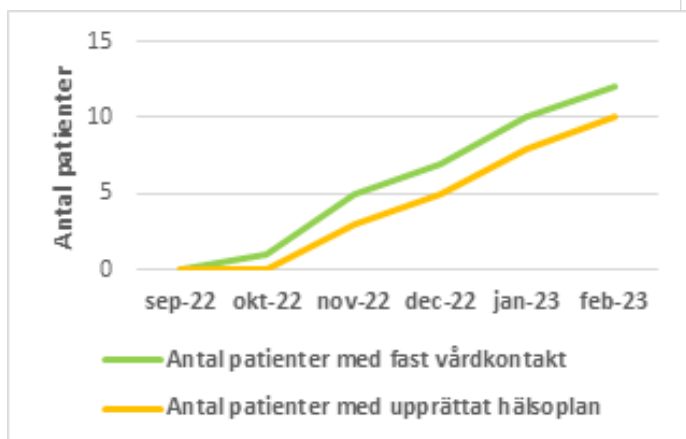
1. identifiera tre patienter som hade många vårdbesök och erbjuda att berätta om sina vårdbehov för att fastställa behov av FVK.
2. genomföra en workshop med sjuksköterskegruppen för ökat kunskap om arbetssättet FVK.
3. genomföra en workshop om upprättande av Min hälsoplan.

På den första workshopen upprättades en administrativ checklista som sjuksköterskorna fann hjälpsam i samband med arbetssätt FVK. Checklistan innehöll information om vilket informationsmaterial kan lämnas till patienten och hur dokumentationen ska ske. Listan reviderades i samband med workshop 2.

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

Genom månatliga mätningar kunde framsteg av antal patienter med FVK och upprättat hälsoplan följas. Evaluering av sjuksköterskornas kunskapsnivå med VAS före och efter respektive workshop samt vid ett avslutande möte visade på en ökad kunskapsnivå.

Figur 2 Antal patienter med FVK och antal patienter med upprättat Min hälsoplan per månad.



Figur 3 Sjuksköterskornas kunskapsnivå att agera FVK.

## Resultat

Vid uppstarten av förbättringsarbete har ingen patient haft en mottagningssjuksköterska som FVK. Under oktober har de första patienterna blivit tilldelat en FVK och sen slutet av februari har tolv patienter en FVK på sjuksköterskemottagning. Tio av dessa patienter har en upprättat hälsoplan (figur 2). Avseende sjuksköterskornas kunskapsnivå har vid uppstarten ingen sjuksköterska bedömt att hon hade tillräcklig kunskap att agera FVK. Efter andra workshopen skattade alla sjuksköterskor att de hade tillräcklig eller mer kunskap medan vid avslut uppgav en sjuksköterska att hon hade lite kunskap (figur 3).

Resultat tyder på att sjuksköterskorna har fått ökat förståelse för patientens behov av ett personcentrerat förhållningssätt. Två patienter har inte fått upprättat hälsoplan vilket tyder på brister i följsamhet. Det behöver säkerställas i framtiden. Möjligtvis att det finns ett samband med att upprättande av hälsoplan innebär ytterligare administrativa uppgifter som är svåra att efterleva. En sjuksköterska uppger att hon saknar kunskap om arbetssätt fast vårdkontakt. En möjlig förklaring är att nya sjuksköterskor har tillträt sin tjänst på vårdcentralen och inte har deltagit i utbildningen men deltagit i det avslutande möte. Svarefrekvensen är inte heller lika för alla mätningar vilket kan relateras till viss frånvaro vid olika möten.

## Nästa steg

Nästa steg är att introducera arbetssätt FVK och upprättande av hälsoplanen inom hela mesosystemet vårdcentral så att fler patienter kan få tilldelat en FVK. Detta med tanke på att alla yrkeskategorier inom vården kan agera FVK inte enbart sjuksköterskor. Tre ytterligare yrkesgrupper har under februari och mars fått information av förbättringsledaren och arbetet kommer att fortgå under året.

Ett annat steg är att sprida kunskap om det aktuella förbättringsarbetet till intresserade aktörer inom regionen. Ett första möte för presentation av förbättringsarbetet har ägt rum i början av maj och ett till möte är planerat att äga rum augusti 2023.

Under hösten 2023 kommer författaren att implementera FVK på ytterligare en vårdcentral i regionen.

## Faktaruta

Namn: *Andrea Leitzig*

Email: *andrea.leitzig@regiondalarna.se*

Arbetsgivare: Region Dalarna

Enhet: Vårdcentral

## När får jag veta om jag har cancer?

### Bakgrund

Patientlagen föreskriver om patientens rättighet att få veta när vård kommer erbjudas. Detta innebär att patienter som tar vävnadsprov för misstänkt prostatacancer inom standardiserat vårdförlopp (SVF) bör få veta när ett eventuellt cancerbesked kommer ges. Genom att patienten får en tidsbokning med sig till nästa läkarkontakt redan vid vävnadsprovtagningen, möjliggörs detta. Rutinen kallas lokalt *tid i handen* och testades tidigare utan större framgång p.g.a. lång väntan på vävnadsprovsvär. Förkortade ledtider för vävnadsprovsvär är en förutsättning för att kunna ge fler patienter tid i handen till diagnosbesked. Därför inbegriper förbättringsarbetet även förkortade ledtider inom patologin.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

En patient som genomgått prostatacancerutredning och fått vänta drygt sex veckor på kallelse till återbesök för diagnosbesked intervjuades inför starten av förbättringsarbetet. Två patienter från prostatacancerföreningen intervjuades inför framtagandet av förbättringsåtgärden telefontid i handen.

### Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att öka andelen patienter med misstänkt prostatacancer som får en tid i handen till diagnosbesked, samt att förkorta ledtider i SVF för vävnadsprovsvär från patienter med misstänkt prostatacancer. Detta för att möjliggöra tid i handen till diagnosbesked.

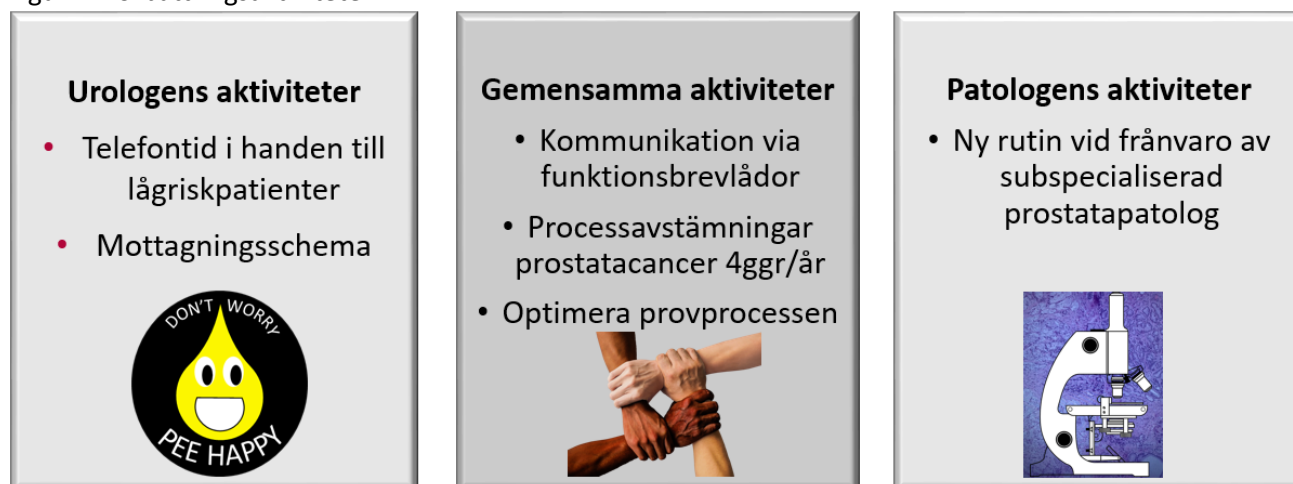
Målsättningen var att från mars 2022 till mars 2023:

- Öka andel patienter i SVF prostatacancer som tagit vävnadsprov på urologen och får en tid för diagnosbesked med sig i handen från 0 till 80%.
- Öka andel vävnadsprovsvär inom SVF prostatacancer som levereras inom garantitiden 14 dagar från 43 till 95%.

### Förändringsidé

En överenskommelse om garantitid 14 dagar för vävnadsprovsvär möjliggjorde att urologen kunde boka in förbokade återbesökstider från dag 15 för diagnosbesked. Projektgruppen testade flera nya förbättringsaktiviteter (figur 1). Bland annat upprättades en kommunikationsrutin mellan patologen och urologen för bland annat de fall där garantitid inte kunde upprätthållas, och patienten behövde en ny tid. Dessutom infördes att patienter med lägre risk för cancer fick en telefontid för diagnosbesked direkt i handen vid vävnadsprovet. Hade de trots sin låga risk ändå cancer, fick de en ny tid för fysiskt läkarbesök. För att vidmakthålla kommunikationen mellan enheterna framöver infördes processavstämningar fyra gånger per år där ledtider och nyheter inom prostatacancerprocessen tas upp.

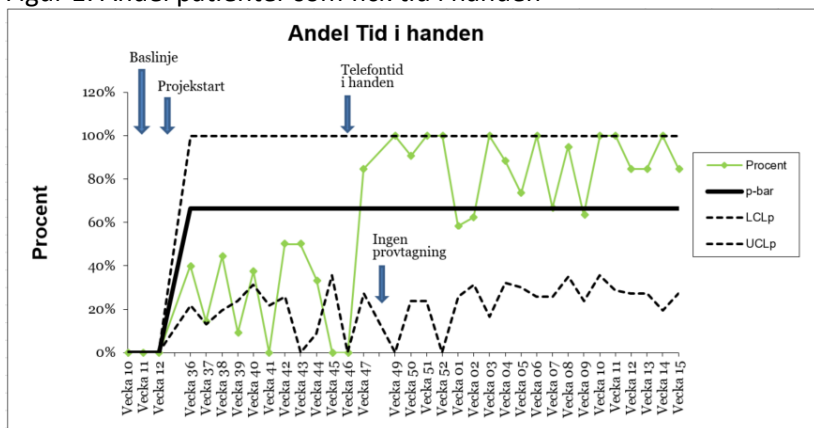
Figur 1. Förbättringsaktiviteter



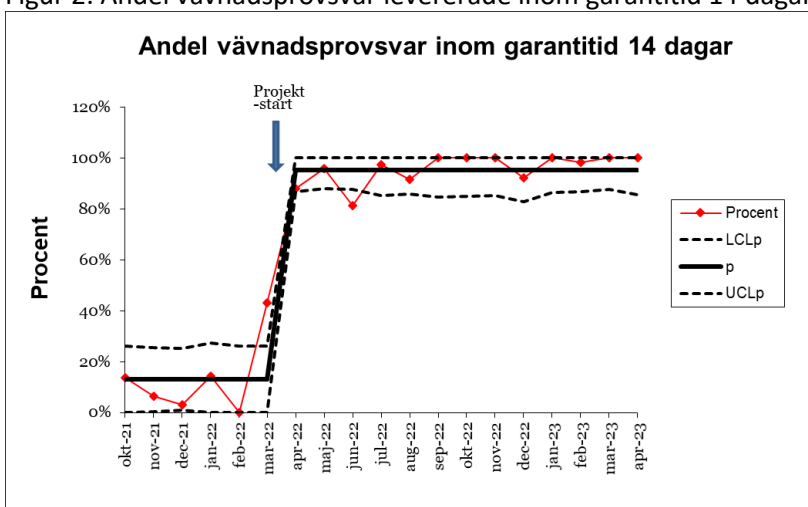
### Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Mått av andel patienter som fick en tid i handen till diagnosbesked (figur 1). Antingen vid fysiskt läkarbesök för patienter med högre risk för cancer eller via telefon för patienter med lägre risk för cancer. Dessutom mättes andelen vävnadsprovsvär som levererades inom garantitiden 14 dagar (figur 2).

Figur 1. Andel patienter som fick tid i handen



Figur 2. Andel vävnadsprovsvär levererade inom garantitid 14 dagar



## Resultat

Efter projektstarten i mars 2022 ökade andelen vävnadsprovsvär som levererades inom garantitid 14 dagar (figur 2). Från september har värdet varit stabilt omkring målsättningen 95% och det finns stark motivation inom verksamheten att bibehålla resultat. I samband med projektstart mars 2022 fick inga patienter en tid i handen till diagnosbesked (figur 1). I september hade andelen ökat till 50%, i och med insamling av pinnstatistik. I november påbörjades testen att ge telefontid i handen till lågriskpatienter vilket medförde en markant ökning över målnivån 80% vid flertalet mätpunkter. Stor variation i styrgränser tyder på att processen var relativt instabil under hösten. Från vecka tre minskade nedre styrgräns variation och processen stabiliserades, men fortsatt mätning över tid visar ingen tydlig statistisk signal på förändring. Totalt från vecka 47 till vecka 15 var dock medelvärde för andelen patienter som fått en tid i handen 86 %.

## Nästa steg

Lärdomar kommer spridas till andra standardiserade vårdförlopp i regionen.

## Faktaruta

Namn: *Viktoria Markusson*  
 Email: *viktoria.markusson@rjl.se*  
 Arbetsgivare: Region Jönköpings län  
 Enhet: Laboratoriemedicin



## Förbättrad dokumentation i ambulans med patienternas smärtskattning

### Bakgrund

Patienter med höftfraktur har ofta en moderat till hög smärta och i ambulanssjukvården får 72 % av patienterna smärtlindring. För patienterna som inte fick smärtlindring är problembilden oklar. Inom svensk ambulanssjukvård sker 4,3 avvikande händelser per 100 ambulansuppdrag, vanligast är avsaknad av, otillräcklig eller oklar dokumentation. Största risken för en avvikande händelse var att patienten inte handlagts enligt rutiner. Förutsättning för lämplig smärtlindring är smärtbedömningen som innebär att patienten skattar sin smärtintensitet, minst två gånger för utvärdering av smärtbehandlingen. På en av Stockholms större ambulansstationer, med i medel 34 nämnda patienter per månad avsåg detta förbättringsarbete förbättra dokumentationen av patienternas smärtskattning.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Enligt en baslinjemätning brister journalföringen av patienternas egen smärtskattning avsevärt. Det gör det oklart om patientinvolvering faktiskt sker. Därför syftade förbättringsarbetet till att säkerställa patientinvolvering både inför och efter smärtlindring, dels med hjälp av visualiserad andel journalförda smärtskattningar, dels förtydligade behandlingsmål och patientbehov som indikationer för läkemedelsbehandling.

### Syfte och Mål

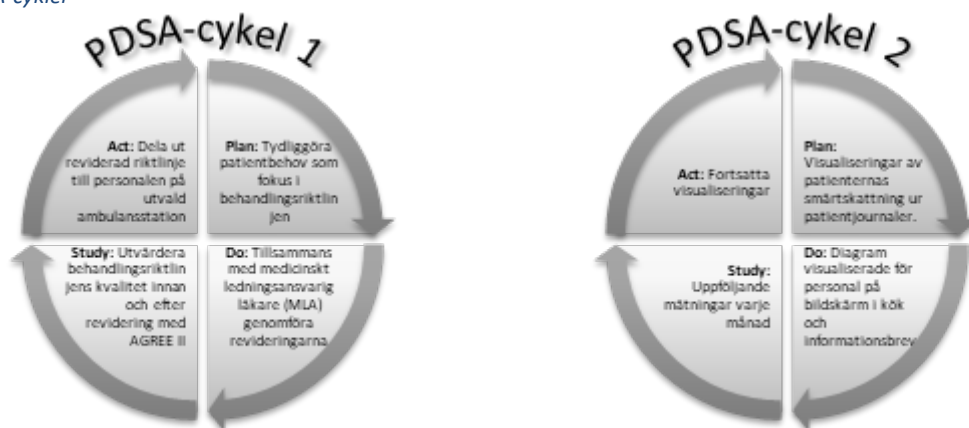
Syftet med förbättringsarbetet är att smärtlindring i ambulanssjukvården baseras på co-production. Specifikt för patienter drabbade av en misstänkt höftfraktur ska vården utgå från patientens egen smärtskattning. Smärtskattningen ska journalföras med ett mätvärde enligt Numerical Rating Scale (NRS) eller Visual Analogue Scale (VAS). Målen som senast 2022-03-31 ska vara uppnådda är:

1. att andelen patienter som får minst ett journalfört mätvärde av smärtan med NRS/VAS ökar från 5,7% till 30% och
2. att andelen patienter som får minst två journalförda mätvärden av smärtan med NRS/VAS ökar från 1,8% till 30%.
3. att bedöma behandlingsriktlinjens kvalitet, med hjälp av verktyget AGREE II, och utforma en reviderad version med 30 procentenheter högre bedömd kvalitet

### Förändringsidé

Förbättringsarbetet använde plan-do-study-act (PDSA)-cykler (se fig. 1) och i första cykeln reviderades behandlingsriktlinjen med tillägg av standardiserade omvårdnadstermer som tydliggör patientbehoven för de olika läkemedelspreparaten. Riktlinjens kvalitet utvärderades med hjälp av verktyget AGREE II. Därefter delades riktlinjen ut till medarbetarna. Nästa PDSA-cykel bestod av att visualisera dokumenterade smärtskattningar månadsvis från patientjournaler till ambulanspersonalen, dels på bildskärm i deras personalkök, dels i deras interna informationsbrev via deras chefer veckovis.

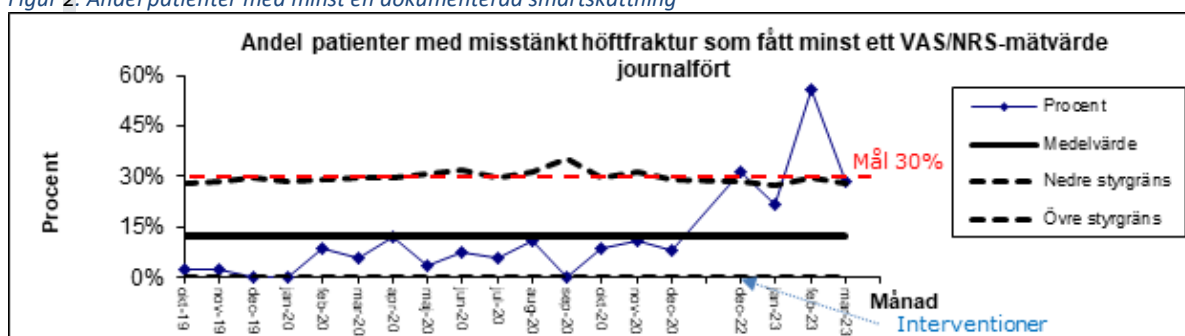
Figur 1. PDSA-cykler



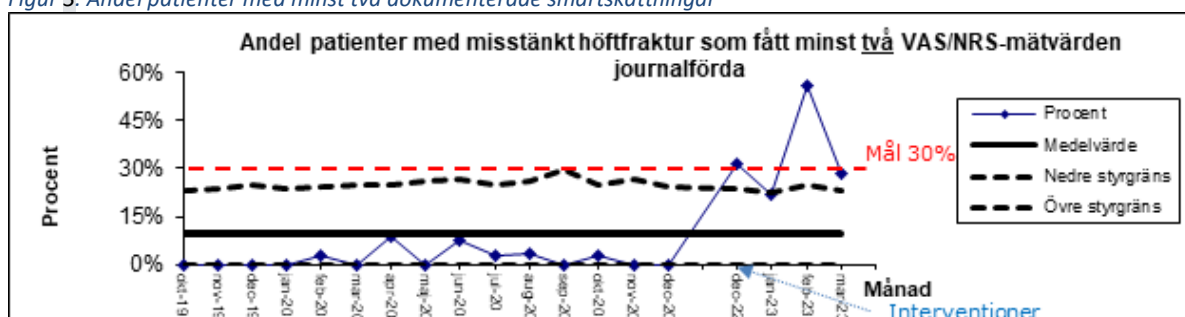


## Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

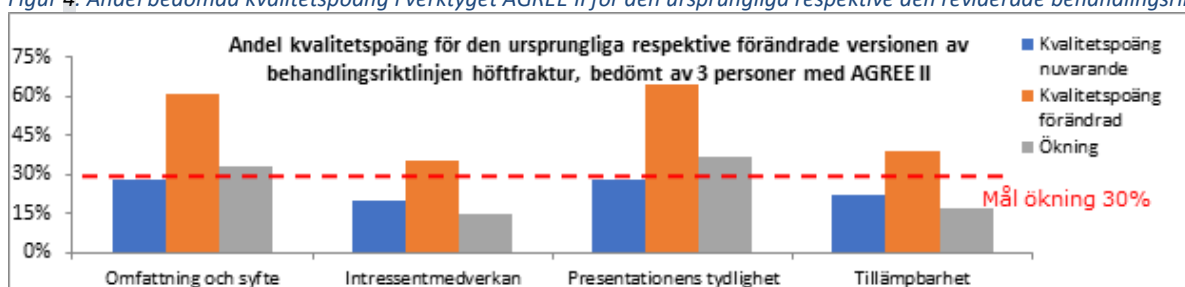
Figur 2. Andel patienter med minst en dokumenterad smärtskattning



Figur 3. Andel patienter med minst två dokumenterade smärtskattningar



Figur 4. Andel bedömda kvalitetspoäng i verktyget AGREE II för den ursprungliga respektive den reviderade behandlingsriktlinjen



## Resultat

Baslinjemätningen visade att i medel varje månad får 5,7% av patienterna sin smärta journalförd med minst ett mätvärde (fig.2) och 1,8% fick minst två mätvärden (fig. 3). I december 2022, i samband med förbättringsåtgärderna, ökar dokumentationen och statistiskt syns tecken på en förändring som inte beror på slumpen. I januari 2023 sjunker dokumentationen något, den är dock fortsatt avsevärd över medel. De kommande mätpunkterna är däremot över den övre styrgränsen och indikerar en förändring som inte beror på slumpen. Senast 31 mars 2023 nåddes alltså en ökning till att 30% av andelen patienter fick både en och två journalförda smärtskattningar, således har SMART-mål nr 1 och 2 uppnåtts. Dessutom visar resultatet att den reviderade versionen av behandlingsriktlinjen fick fler kvalitetspoäng i verktyget AGREE II (fig. 4) än den ursprungliga. Slutsatsen är att förbättringsåtgärderna har resulterat i statistiskt signifikanta förbättringar.

## Nästa steg

Framöver ska mätningar från det nyutvecklade nationella kvalitetsregistret för ambulanssjukvård AmbuReg användas i stället för liknande förbättringsarbeten samt ska verktyget AGREE II användas framöver vid revideringar av ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer.

## Faktaruta

Namn: Jonas Roshage  
Email: [jonas.roshage@regionstockholm.se](mailto:jonas.roshage@regionstockholm.se)  
Arbetsgivare: Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB)  
Enhet: Prehospitalt kunskap och kliniskt träningscenter



# SBAR för stärkt patientsäkerhet inom operationsverksamhet – ett förbättringsarbete av en intraoperativ överrapporteringsprocess

## Bakgrund

Kommunikativa missförstånd är en vanligt bakomliggande orsak till avvikelser inom sjukvården såväl internationellt som nationellt. Ett alltmer avancerat och komplext vårdsystem ställer höga krav på vårdpersonal när det gäller överföring av information. Situationer där snabbhet och effektivitet är oumbärliga – som vid personalbyte – föreligger särskild risk att kvaliteten på informationsöverföringen påverkas. Vid ortopediska enheten på Skånes universitetssjukhus, Lund implementerades kommunikationsmodellen SBAR år 2012 som ett patientsäkerhetsverktyg avsett att stödja och strukturera personalens kommunikation.



Under en baslinjemätning hösten 2021 noterades att operationssjuksköterskorna vid ortopediska enheten endast använde SBAR-modellen vid 50% av överrapporteringarna under pågående operation. Det lokala problemet innebar att den låga följsamheten till den vid verksamhetsområdet obligatoriska kommunikationsmodellen medförde svårigheter att säkerställa en tillfredsställande informationsöverföring mellan operationssjuksköterskorna vid personalbyte. Detta kunde påverka patientsäkerheten. Årligen utförs ca 1500 ingrepp inom ortopedisk kirurgi vid enheten, och i snitt genomförs en överrapportering under pågående operation dagligen.

## Patient-/brukar-/kundinvolvering

Patienter har inte varit direkt involverade i förbättringsarbetet, eftersom de är sövda, alternativt sederade (erhållit lugnande/smärtstillande läkemedel), under operationerna när operationssjuksköterskornas överrapportering sker. Förbättringsarbetets fokus har dock varit att stärka patientsäkerheten, vilket värnar en patientgrupp som befinner sig i en utsatt vårdssituation med begränsad möjlighet att interagera med vårdpersonalen.

## Syfte och Mål

Förbättringsarbetet ägde rum under perioden 5 september 2022 till 26 februari 2023.

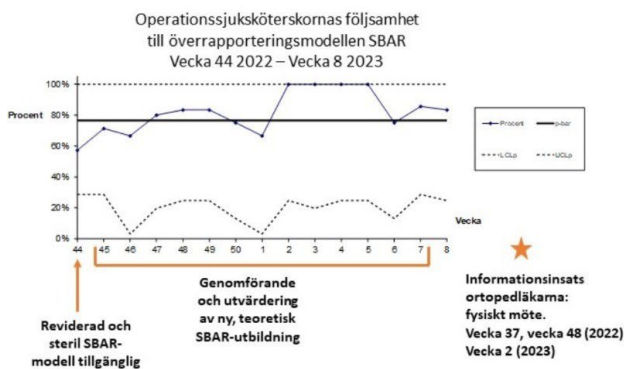
Det övergripande syftet med förbättringsarbetet var att stärka patientsäkerheten genom ökad följsamhet till en validerad kommunikationsmodell för informationsöverföring mellan vårdpersonal. Förbättringsarbetets mål var att öka följsamheten till SBAR-modellen hos operationssjuksköterskorna vid ortopediska enheten, SUS Lund från 50% till 80% vid överrapportering under pågående operation, till 1 mars 2023.

## Förändringsidé

Faktorer som försvårade eller förhindrade SBAR-användning vid överrapportering under pågående operation identifierades av operationssjuksköterskornas via fritextsvar i enkät hösten 2021. Fritextsvaren strukturerades i ett Ishikawadiagram och utgjorde i förbättringsarbetet tre separata PDSA-hjul: reviderad och sterilt tillgänglig SBAR-modell, utbildningsinsats för operationssjuksköterskorna samt informationsinsats om överrapporteringsmomentet till ortopedläkarna. Den reviderade SBAR-modellen togs fram i samverkan med hela operationssjuksköterskegruppen, efter ett initialt utkast framtaget av mindre referensgrupp. Utbildningsinsatsen bestod av att operationssjuksköterskorna genomförde och utvärderade en nyligen framtagen regional utbildning för SBAR-användning från 2022 för att identifiera behov av ytterligare kunskaper, och informationsinsatsen till ortopedläkarna genomfördes via fysiska möten, skriftlig och muntlig information. I operationskorridoren fanns visuella bildstöd med information som bäge professionerna kunde ta del av.

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

Förbättringsarbetet syftade till att stärka patientsäkerheten genom ökad följsamhet till den i verksamheten redan implementerade SBAR-modellen. För att visualisera följsamheten användes därför ett styrdiagram (figur 1). Operationssjuksköterskornas generella nöjdhet skattades via Likert-skala hösten 2021 innan förbättringsarbetet (figur 2) och efter genomförda förändringar våren 2023 (figur 3).

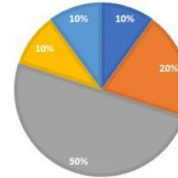


Figur 1. Styrdiagram över följsamheten till SBAR-modellen

Figur 2. Generell nöjdhet med överrapporterings-situationen hösten 2021

Operationssjuksköterskornas generella nöjdhet med överrapporterings-situationen med SBAR oktober/november 2021

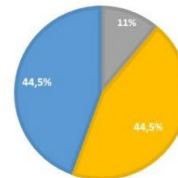
■ Mycket missnöjd ■ Missnöjd ■ Neutral ■ Nöjd ■ Mycket nöjd



10 svarande operationssjuksköterskor av 11 möjliga.  
Svarsfrekvens: 90%

Operationssjuksköterskornas generella nöjdhet med överrapporterings-situationen med SBAR februari/mars 2023

■ Neutral ■ Nöjd ■ Mycket nöjd



9 svarande operationssjuksköterskor av 10 möjliga.  
Svarsfrekvens: 90%

## Resultat

Vecka 36–43 bestod av en planerings- och informationsfas. En steril reviderad SBAR-modell infördes i vecka 44, varefter en tydlig ökning av följsamheten kunde noteras. I vecka 45 startade operationssjuksköterskornas utbildningsinsats och utvärdering av teoretisk SBAR-utbildning. Informationsinsats till ortopediska läkare skedde fortlöpande under hela förbättringsarbetets duration. Den ursprungliga målsättningen på 80% följsamhet som medelvärde uppnåddes eller överträffades under vissa veckor av förbättringsarbetet, men är ingen statistiskt säkerställd förbättring. Medelvärdet vid slutmätning 26 februari 2023 var 76,5% följsamhet. Operationssjuksköterskornas skattning av generell nöjdhet med överrapporterings-situationen indikerade våren 2023 en ökad nöjdhet jämfört med hösten 2021, då inga operationssjuksköterskor längre skattade sig som mycket missnöjda eller missnöjda. Merparten av operationssjuksköterskorna var under våren 2023 nöjda eller mycket nöjda med den generella överrapporterings-situationen.

## Nästa steg

Den sterila SBAR-modellen kommer fortsätta finnas tillgänglig. Journalfunktionen för SBAR har vidareutvecklats och fortsätter vara en del av den digitala operationsjournalen. Arbetssättet med SBAR kan med fördel överföras till andra intresserade operationsenheter inom samma verksamhetsområde. Nästa steg innebär att i samverkan med Riksföreningen för operationssjukvård (Rfop) ta fram en riktlinje och rekommendation för hur SBAR-modellen kan användas inom operationssjukvård på ett nationellt plan.

## Faktaruta

**Namn:** Cornelia Sandner

**Email:** cornelia.sandner@skane.se

**Arbetsgivare:** Region Skåne

**Enhet:** Ortopediska enheten, centraloperation, Skånes universitetssjukhus Lund

## Individanpassad cancerbehandling

### Bakgrund

På Sahlgrenska universitetssjukhuset har Myelomteamet veckovis Multidisciplinära konferenser (MDK) där patienter med den kroniska blodcancer myelom diskuteras i ett tvärprofessionellt team. Patienterna behöver nog följars under hela sjukdomens förlopp. Många patienter får återkommande infektioner, symptom från skelettet och njursvikt som en del av sjukdomen vilket kan leda till komplikationer såsom benbrott, smärta och nedsatt immunförsvar. Patienterna upplever ofta biverkningar av sin behandling. Behandlingar måste därför individualiseras och monitoreras nog med hänsyn till patientens övriga sjukdomar, ålder, patientens förväntningar på behandlingsresultat, vilka biverkningar patienten förväntas orka med mera. Med en obotlig sjukdom, som myelom är behöver fokus vara livskvalitet och mående. Information om patienter finns i minst tre system, som behöver öppnas för varje patient under MDK:en för att kunna beskriva dess sjukdoms- och behandlingshistorik samt aktuell status. I genomsnitt diskuteras 30 patienter per gång under avsatt tid på 75 minuter, knappt tre minuter per patient, och tid går åt till att leta efter information. Informationen behöver finnas lättillgänglig som underlag för att kunna ge kvalitativa behandlingsrekommendationer. Det är svårt att under MDK:en få en gemensam sammanställd översikt av patienten och dess sjukdoms- och behandlingshistorik, vilket behövs för att möjliggöra diskussioner ur olika perspektiv, i det tvärprofessionella teamet, för bästa möjliga behandlingsrekommendation.

### Syfte och Mål

Förbättringsområdet är att skapa möjlighet till kvalitativa diskussioner under MDK tillfället så att behandlingsrekommendationer baseras på bästa möjliga samlade kunskap sammanvägt ur både patienters- och professionernas perspektiv.

Målet är att när Myelomteamet diskuterar patientfall under MDK ska kvalitetsvariabler diskuteras så att minst 80 % uppnås, enligt observationsverktyget MDT-MODE. (80 % innebär att de utvalda åtta kvalitetsvariablerna sammanfattas grundligt och med endast lätt stöd från journalsystem).

### Patienters medverkan i förbättringsarbetet

Under planeringen av förbättringsarbetet gav patientrepresentanter sitt perspektiv av vad som är viktigt att Myelomteamet diskuterar under MDK för att behandlingsrekommendationerna ska vara individanpassade. De gav förslag på vilka yrkesgrupper som borde medverka, yrkesgruppernas roller samt förslag på hur nya arbetssätt skulle kunna integreras. Interventionerna i förbättringsarbetet utgjordes från patientrepresentanters idéer tillsammans med teamets idéer samt rekommendationer från tidigare forskning. En viktig del i förbättringsarbetet var att patienter tillfrågades att aktivt testa ett nytt arbetssätt. Patienter och vårdgivare samskapade för att tillgängliggöra variabler från patientens perspektiv under MDK.

### Förändringsidéer

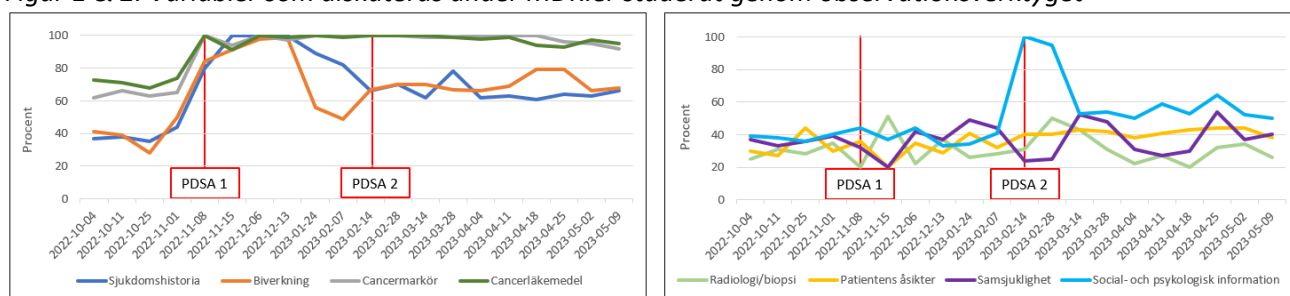
Till att börja med testades att strukturera processen med MDK (PDSA 1). Bland annat utvecklade sjuksköterskorna en ny struktur i patientlistan så det tydligt framgick vilka patienter som skulle diskuteras respektive vecka samt anledning till att de skulle diskuteras. Utöver det började teamet använda kunskapsstödet individuell patientöversikt (IPÖ), ett verktyg som visualiserar patientens sjukdoms- och behandlingshistorik i en från flera IT-stöd samlad översiktbild. Översikt bilden visades på en stor bildsskärm som alla i teamet kunde se och utifrån den delge sitt perspektiv i diskussionen. Resultatet av PDSA 1 visade att patientens perspektiv tog mindre plats i diskussionerna varav PDSA 2 utformades. Teamet ville då få kunskap om fler aspekter av patienters liv som skulle kunna ha betydelse för behandlingsförloppet. Här var testet att skicka enkäten hälsoskattningen för cancerrehabilitering till patienter inför att de skulle diskuteras på MDK. Teamet hade tillgång till enkätsvaren under MDK:erna vilka visualiserades i IPÖ. Patienternas medicinska variabler kunde diskuteras tillsammans med patientens egenbeskrivna mående. I PDSA 3 arbetade vi med att göra arbetssätten från PDSA hjulen hållbara. Teamet tog de nya arbetssätten som en del i sina arbetsuppgifter. Gemensamt beslutades vem, hur och vad som skulle göras vilket skrevs som rutin, med kontinuerliga uppföljningar.

### Hur vet du att förändringen är en förbättring?

Ett observationsverktyg MDT-MODE användes för att mäta kvaliteten under MDK:erna från oktober 2022 till maj 2023. Observationsverktyget innehåller åtta variabler om patienten (sjukdomshistoria, biverkning, cancermarkör, cancerläkemedel, radiologi/biopsi, patientens åsikter, samsjuklighet, social- och psykologisk

information). Under observationer skattades siffran 1–5 beroende på i vilken utsträckning som de olika variablerna diskuterades. Siffrorna sammanställdes sedan i andel. Observationsverktyget användes för att mäta variablernas förändring över tid, för att se om förändringsidéerna ledde till förbättring. I diagrammen (figur 1 och 2) kan vi följa förändringen över tid. I figur 1 visualiseras de variabler som förbättrades i samband med PDSA 1. Figur 2 visualiserar de variabler som inte förbättrades i samband med PDSA 1. PDSA 2 (tillgängliga enkätsvar) genomfördes under februari varpå en förbättring noteras för variabeln social- och psykologisk information (ljusblå).

Figur 1 & 2. Variabler som diskuteras under MDK:er studerat genom observationsverktyget



## Resultat

Målet 80 % nåddes för fem av de åtta variablerna sjukdomshistoria, biverkning, cancermarkör, cancerläkemedel och social-och psykologisk information. För variablerna cancermarkör och cancerläkemedel var resultatet bestående genom hela perioden för förbättringsarbetet. Under PDSA 2 nåddes målet 80 % för social- och psykologisk information, enkätutskick gjordes till patienter under februari månad och målet hölls under den perioden. De variablerna som inte nådde/bibehöll målet analyserades var för sig i styrdiagram för att se om det blivit en förbättring även om inte målet nåddes/bibehölls. En förbättring hade skett för variablerna social-och psykologisk information, patientens åsikter och biverkningar efter PDSA 2:s genomförande.

Vid observation under MDK efter förändrat arbetssätt uppmärksammades att tiden för MDK användes mer för diskussioner i stället för att leta information. Även diskussioner om exempelvis jämlik vård gällande behandlingsval, hur vårdprogram efterlevs, lärotillfälle i vardagen samt planering för att bibehålla arbetssättet även under pressade perioder. Förändringar på initiativ av teamet sker kontinuerligt vilket möjliggör ytterligare förbättringar i arbetssättet, exempelvis hur ofta patienter ska diskuteras på MDK samt hur ofta de ska ta prover när sjukdomen är i regress. Sjuksköterskornas roll stärktes och fick mer utrymme i diskussionerna, framför allt efter PDSA 2. När tidspressen minskade observerades ett öppet klimat för varandras kunskapsområden. Vid intervju med teamet framkom följande citat:

*”Sjuksköterskor delger viktigt perspektiv som tidigare inte uppfattats lika viktigt”*

*”Tillför mycket att fler som samarbetar på ett mer naturligt sätt med att diskutera flera olika aspekter”*

*”När vi tolkar verkligheten tillsammans ökar kvaliteten”*

## Nästa steg

Arbetssättet från detta arbete kommer kommuniceras och användas som exempel till andra verksamheter som arbetar med myelom. Teamet på Sahlgrenska universitetssjukhus planerar att börja använda verktyget hälsoskattningen för cancerrehabilitering i klinisk rutin där de strukturerat kan samla in svar från patienter, för att rikta patientmötet och samtalet på de för patienten viktiga problemområden. Sjuksköterskornas och patienternas kunskapsbidrag kan då ytterligare stärkas inför och under MDK:erna för att erbjuda bästa möjliga behandlingsrekommendationer utifrån den individuella patientens behov.

## Faktaruta

Namn: Erika Sarvik

Email: erika.sarvik@rcmellan.se

Arbetsgivare: Region Uppsala

Enhet: Regionala cancercentrum i samverkan





## Systematisk säkerställning av god hygienisk standard inom primärvård

### Bakgrund

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården vara av en god hygienisk standard (SFS 2017:30). Detta innebär att hela verksamheten är utformad så att risken för att patienter ska drabbas av infektion och smittspridning är så liten som möjligt. Trots att kravet på en god hygienisk standard är lagstadgat så hade vårdcentralerna i Region Jönköpings län flera brister kopplat till hygienrutiner. Ett nationellt verktyg för att arbeta med god hygienisk standard i primärvård saknas. Detta förbättringsarbete handlade om att ta fram och införa en egenkontroll för god hygienisk standard anpassad för primärvård.

### Syfte och mål

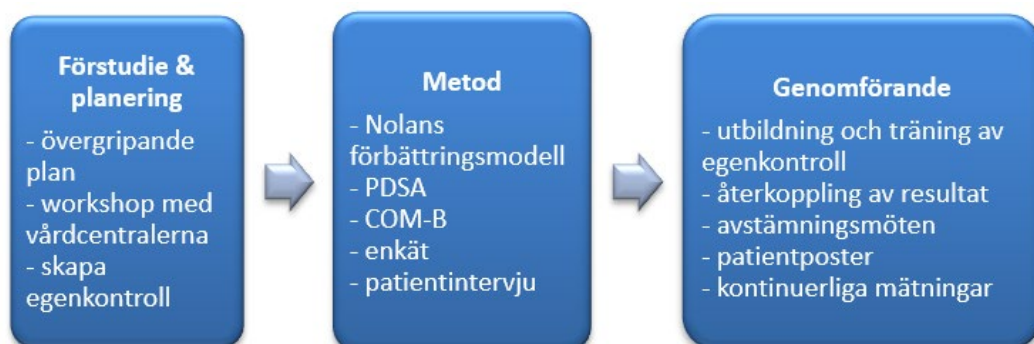
Åtta vårdcentraler inom Region Jönköpings län deltog i förbättringsarbetet. Det specifika målet var att varje vårdcentral skulle granska den nya egenkontrollens 42 områden varje månad under september 2022 till mars 2023, och antalet områden som uppfyllde hygienkraven skulle ha ökat med minst fem procent per vårdcentral i mars 2023 jämfört med baslinjemätning i september/oktober 2022. Det motsvarade en ökning med minst två åtgärdade områden, vilket var ett rimligt mål då detta var ett nytt arbetssätt för vårdcentralerna. Syftet var även att öka följsamheten till att mäta och följa basala hygienrutiner och klädregler.

### Patientinvolvering

En patient som hade haft mycket vårdkontakt med vårdcentraler intervjuades kring dennes upplevelse av hygien på vårdcentral och hur det påverkade patienten på olika sätt. Av intervjun skapades en poster med patientcitats som användes i förbättringsarbetet med syfte att belysa patientens perspektiv och att öka motivationen hos deltagarna i förbättringsarbetet.

### Förändringsidé

Idén med förbättringsarbetet var att skapa ett arbetssätt där vårdcentralerna systematiskt kunde arbeta med att säkerställa en god hygienisk standard. Förbättringsarbetet startades genom att skapa och införa en standardiserad egenkontroll för god hygienisk standard. Projektledaren tog fram första evidensbaserade versionen. Egenkontrollen reviderades innan start med hjälp av två vårdcentraler och under förbättringsarbetets gång. Aktiviteter inspirerade av modellen COM-B genomfördes under förbättringsarbetet och hade som syfte att främja arbetet med egenkontrollen för deltagarna. COM-B är ett evidensbaserat ramverk för att förstå beteende och är uppbyggd kring tre grundläggande villkor som krävs för att uppnå en beteendeförändring; förmåga, möjlighet och motivation.



Figur 1. Genomförda aktiviteter.

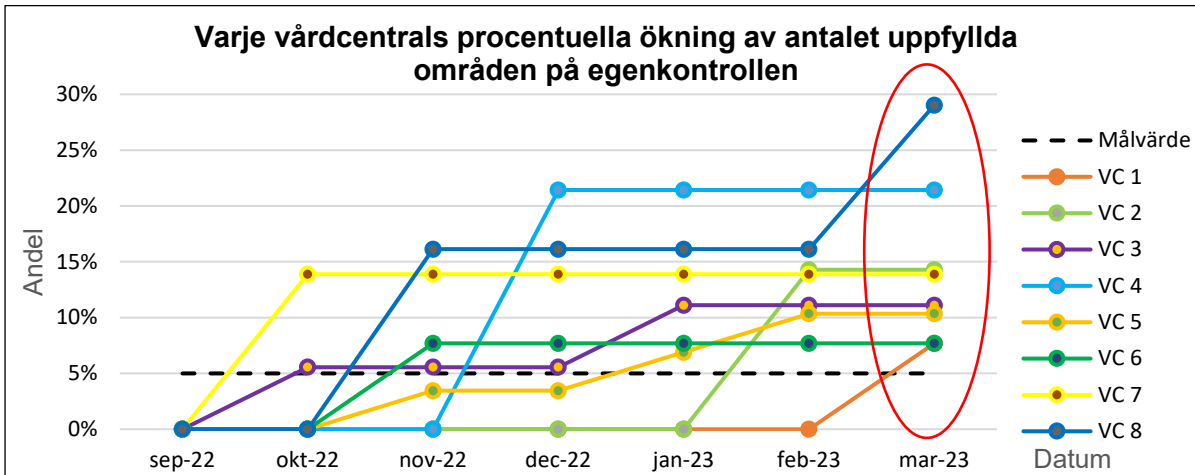
### Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Genom att följa två mätvärden under förbättringsarbetet:

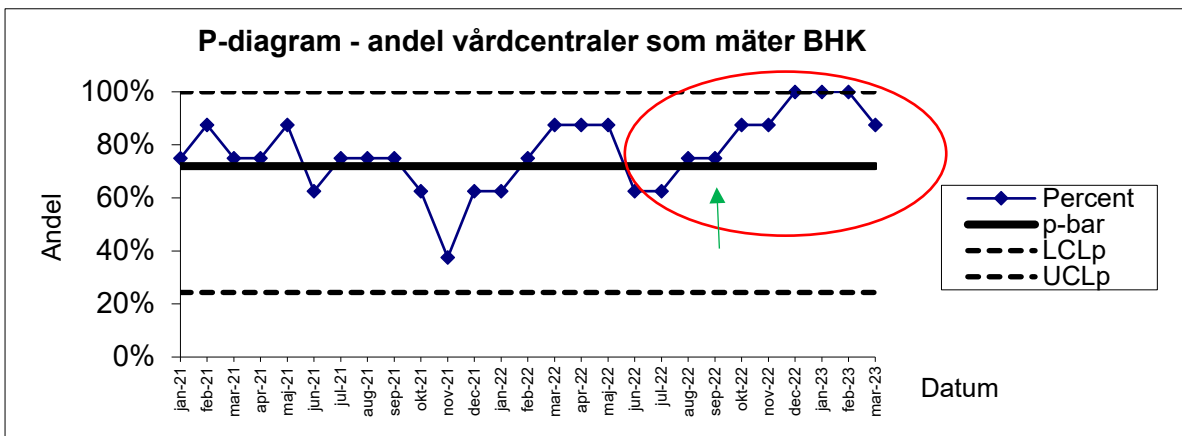
- procentuell ökning i antal uppfyllda områden på egenkontrollen
- andel vårdcentraler som mäter basala hygienrutiner och klädregler varje månad

## Resultat

Alla åtta vårdcentraler uppnådde målet inom tidsramen, se figur 2. Förvånade var att flera vårdcentraler nådde målet snabbt och uppfyllde fler områden än förväntat. Styrdiagrammet kring processen att mäta basala hygienrutiner och klädregler varje månad visade en urskiljbar källa till variation, se figur 3. Åtta mätvärden i rad över medellinjen betyder att det hade skett en förbättring i processen. Syftet att öka följsamheten till att mäta basala hygienrutiner och klädregler är uppnått.



Figur 2. Procentuell ökning i antal uppfyllda områden på egenkontrollen från baslinjemätning. September månad utgör baslinjemätningen.



Figur 3. Styrdiagram över andel vårdcentraler som mäter basala hygienrutiner och klädregler/månad. Pil visar start av förbättringsinterventionen.

## Nästa steg

En studie är gjord av förbättringsarbetet med syftet att ta reda på vilka interventioner som krävs för att framgångsrikt införa egenkontrollen med hjälp av COM-B. Nästa steg är att med studiens resultat ta fram en regionövergripande plan för att införa egenkontrollen på mikro- och mesonivå på regionens samtliga 40 vårdcentraler under hösten 2023.

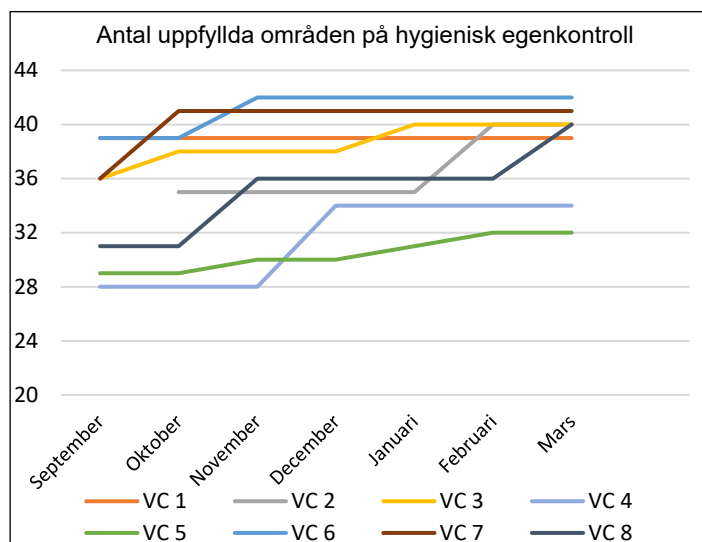
## Faktaruta

Namn: Linda Thuresson

Email: [Linda.thuresson@rjl.se](mailto:Linda.thuresson@rjl.se)

Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Smittskydd Vårdhygien



Figur 4. Antal uppfyllda områden på egenkontrollen. September är baslinjemätning.



## Individanpassad bedömning

-Skörhetsbedömning av patienter som kan vara i behov av intensivvård

### Bakgrund

Att människor lever allt längre är en global trend och leder till en mer multisjuk äldre generation. Intensivvårdspatienternas vårdbehov bestäms utifrån deras fysiska förmåga och det aktuella sjukdomstillståndet, men med hjälp av skörhetsbedömning riktas uppmärksamheten från organsvikten till en helhetsbild. För vården är det viktigt att skilja de sköra patienterna från icke sköra, för att kunna ge rätt vårdnivå och samtidigt ge de äldre icke sköra möjlighet till intensivvård (IVA) trots hög ålder. På IVA i Värnamo kommer Clinical Frailty scale (CFS) användas vid skörhetsbedömning av patienterna för en mer individanpassad bedömning.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

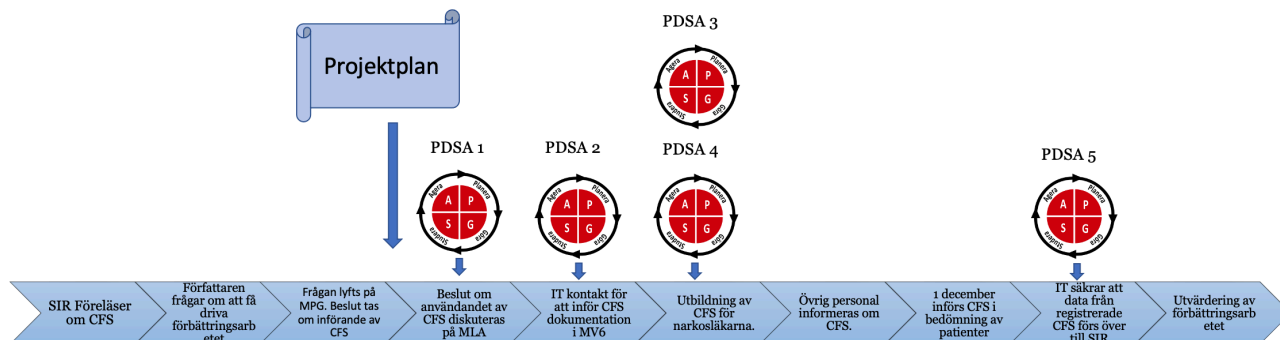
På enheten har det inte varit möjligt att involvera patienter och anhöriga då IVA:s kontakt med patienter och anhöriga sker efter vårdtiden på post IVA mottagningen.

### Syfte och Mål

Målet är att minst 80 % av alla patienterna som kan vara i behov av intensivvård skall ha fått en individanpassad bedömning, genom att deras skörhet bedöms med hjälp av skörhetsskalan Clinical Frailty scale. Målet skall vara uppnått till den 31/5–23.

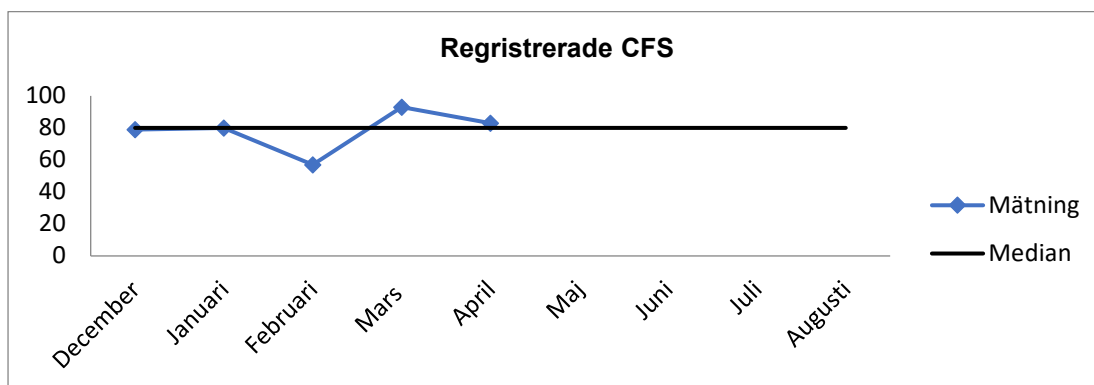
### Förändringsidé

CFS introducerades i februari 2022 på svenska intensivvårdsregistrets konferens med önskemål om införande av CFS på alla Sveriges intensivvårdsavdelningar, figur 1. Detta ledde till att författaren framförde sitt intresse att projektleda införandet av CFS på IVA i Värnamo med verksamhetschefen. Införandet av CFS planerades under våren 2022. Under hösten fanns inte IT - strukturen på plats vilket resulterade i att uppstarten av förbättringsarbetet sköts upp. Projekttiden startar 1 december 2022 med att CFS börjar användas på IVA i Värnamo och avslutas 31 Maj 2023.

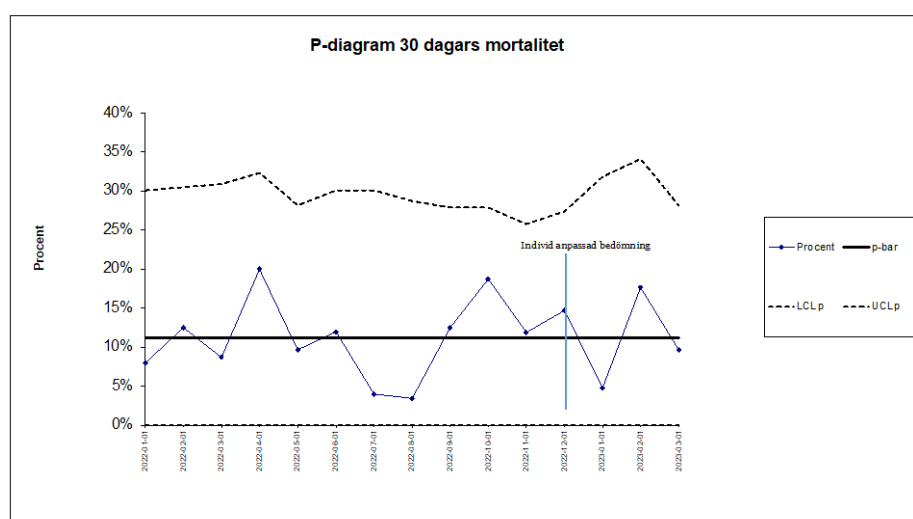


Figur 1: Förbättringsarbetets tidslinje

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



Figur 2: Registrerade patienter som bedömts med CFS räknat i procent.



Figur 3: 30-dagars Mortalitet

## Resultat

Under förbättringsarbetets projekttid har hitintills totalt 121 patienter lagts in på IVA Värnamo. I fyra av fem månader uppnår vi målet på att minst 80 % av patienterna är bedömda enligt CFS. En bidragande faktor till följsamheten är troligtvis lättillgängligheten för narkosläkarna att se, bedöma och registrera i det patientnära datasystemet. 30-dagars mortalitet varierar från månad till månad och det är mycket svårt att se en förbättring av 30-dagars mortalitet på en så kort tid som förbättringsarbetet har pågått. Måttet kommer fortsatt att följas för att kunna studera eventuella förbättringar över en längre tid.

## Nästa steg

Efter första steget i införandet av CFS kvarstår följande frågeställningar att arbeta vidare med:  
Hur skall vi jobba vidare med informationen från CFS? Skall fler yrkeskategorier involveras?  
Hur kan avdelningarna ta del och arbeta utifrån CFS? Hur kan vi involvera patienter och deras anhöriga?

## Faktaruta

Namn: *Caroline Torell*

Email: *caroline.torell@rjl.se*

Arbetsgivare: Region Jönköping

Enhet: OPIVA kliniken IVA Värnamosjukhus

## ”Ovisshet är det värsta som finns”- ett förbättringsarbete i syfte att förkorta svarstider inom hudcancerdiagnostik.

### Bakgrund

Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken globalt och står för uppskattningsvis 9,6 miljoner dödsfall varje år, eller vart sjätte dödsfall. Detta innebär en enorm börda för människor som drabbas. Hudcancer är den näst vanligaste cancerdiagnosen i Sverige. Patologilaboratoriet har under 2020 till 2022 haft en långsamt växande kö av hudprover. Anledningen till den växande kön beror på flera faktorer så som brist på patologer, frånvaro och att prover slutade skickas för extern diagnostik till regionens avtalade underleverantör. Patologilaboratoriet tar emot cirka 30 000 prover per år och av dessa utgörs en tredjedel av hudprover. Vid ett uppstartsmöte med en patientrepresentant som överlevt hudcancer framgick det att ”ovisshet är det värsta som finns” när det gäller väntan på diagnosbesked.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Patologilaboratoriet kommer i regel sällan i direktkontakt med patienter. Därav lades stor vikt vid att bjuda in en patientrepresentant. Region Jönköpings län har stort intresse av att samverka med både patienter och närstående och tack vare att det finns *levande bibliotek* som kunde erbjuda oss en kontakt med tidigare patient som har egen erfarenhet av hudcancer.

### Syfte och Mål

Förbättringsarbetets övergripande syfte var att förkorta svarstider för hudcancerprover. Detta för att kunderna ska kunna fortsätta sitt arbete och sätta in eventuell behandling för patienterna. Processen på laboratoriet är lång och påbörjas i de laborativa processerna och leder till en patologisk anatomisk diagnos som bedömts av en patolog, ett så kallat PAD-svar. Genom att arbeta med processerna internt och externt var målet att förkorta svarstiderna. Det SMARTA målet var att förkorta medelsvarstiderna för så kallade *rutinprover* som kommer från länets hudkliniker och som inte ingår i särskilda flöden så som standardiserade vårdförlopp eller snabbsvar. Rutinproverna ska ha minskat till en medelsvarstid på åtta veckor, 56 kalenderdagar senast 30 april 2023.

### Förändringsidé

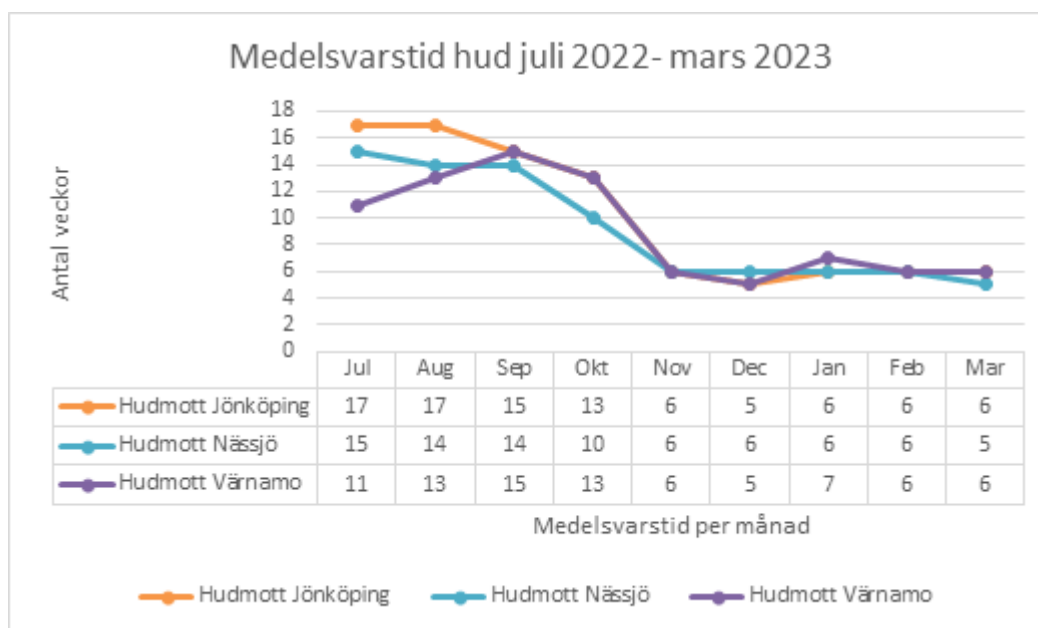
Projektgruppen hade flera idéer på vad som skulle kunna göras, dels handlade det om de interna processerna och hur prover skulle kunna prioriteras i flödet. Det handlade även om att ta till extern resurs. Eftersom vi hade stort patientfokus och risk för undanträngningseffekt resulterade beslutet i att prioritera det som gav mest effekt på kortast tid. Arbetet med att få till ett externt samarbete var tidskrävande och under december 2022 kunde samarbetet påbörjas och Patologilaboratoriet började skicka hudfall till extern underleverantör. Proverna genomgår först processen på laboratoriet, därefter skannas de och skickas vidare till extern underleverantör. Avslutningsvis transkriberas diktaten av Patologilaboratoriets vårdadministratörer.

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

Resultatet visar att vi numera ligger på en svarstid under 56 kalenderdagar (åtta veckor) för prover från länets hudkliniker. Det ljusrosa fältet illustrerar diagnostikdelen och vid gult har ansvaret gått över till kunden. Samarbetet med extern underleverantör påbörjades i december 2022 och vi ser en klar förbättring. Resultatet som visualiseras i figur 1 och 2, visar att vi redan under november månad hade en klar förbättring.



Figur 1: Medel ledtider i dagar, hudkliniken i Jönköping. Provtagning, lab, diagnostik och signering ingår.



Figur 2: Medelsvarstid i antal veckor, hudmottagningarna i Region Jönköpings län.

## Resultat

Hitintills visar resultatet att vi har uppnått vårt SMARTA mål som var en svarstid inom åtta veckor. Målet uppnåddes redan under november 2022 och vi har sedan dess kunnat hålla svarstiderna. Det som är intressant är att vi uppnådde målet innan vi påbörjade samarbete med extern underleverantör i december 2022. Detta beror även på att hudklinikernas prover parallellt började sorteras i ett särskilt flöde som gick direkt till ansvarig patolog och en utökad resurs som kom tillbaka efter en tids frånvaro. Patologilaboratoriet tar även emot hudprover från många andra kunder och även dessa svarstider har minskat.

## Nästa steg

Lärdomar från detta arbete är att det är viktigt att kontinuerligt följa svarstiderna och tidigt sätta in de insatser som krävs för att kunna hålla de svarstider vi utlovat. Framöver skulle vi vilja testa fler idéer som vi inte haft möjlighet att testa ännu. Det kan handla om att sortera och skapa särskilda flöden. Vi kommer även göra ett flertal studiebesök på andra Patologilaboratorier i landet för att se hur de arbetar med detta.

## Faktaruta

Namn: Felicia Trabelsi  
 Email: felicia.trabelsi@rjl.se  
 Arbetsgivare: Region Jönköpings län  
 Enhet: Patologilaboratoriet, Laboratoriemedicin



## Förbättrad smärtlindring på en akutmottagning

### Bakgrund

Att effektivt ta hand om akut smärta, den vanligaste orsaken till besök på akutmottagningen, är en viktig uppgift. Lindring av smärta innebär befrielse från lidande och förbättrar patientens mående. Obehandlad eller underbehandlad smärta leder till negativa konsekvenser för patienten. Tillkortakommanden gällande smärtskattning, smärtbehandling och utvärdering av effekt på berörd akutmottagning utgjorde underlag till förbättringsarbetet och begränsades till patienter med buksmärta. En kartläggning med journalgranskning och patientenkät gjordes och jämfördes med sjuksköterskornas egen uppfattning om följsamhet. På så sätt kunde ett gap identifieras. Förbättringsarbetet genomfördes på Karolinska universitetssjukhuset, akutmottagning Huddinge, under perioden 221024-230312 där patienter med buksmärta ingick i genomförd journalgranskning.

### Patient-/brukar-/kundinvolvering

Patientrepresentant som i närtid besökt aktuell akutmottagning utvärderade framtagna patientenkät utifrån innehåll, relevans och tydlighet och reviderades därefter. Enkäten skapades i syfte att undersöka patientens upplevelse i samband med vistelse på berörd akutmottagning där smärta utgjorde en del av frågeformulärets innehåll.

### Syfte och Mål

#### Förbättringsarbetets syfte

Att patienter som sökte med buksmärta på berörd akutmottagning smärtskattades, före och efter given farmaceutisk behandling.

#### Smarta mål

Smart mål: Akutmottagningen Huddinge skulle senast 2023-03-12 smärtskatta, erbjuda smärtlindring och utvärdering av läkemedelseffekt på 75 % av patienter med buksmärta.

### Förändringsidé

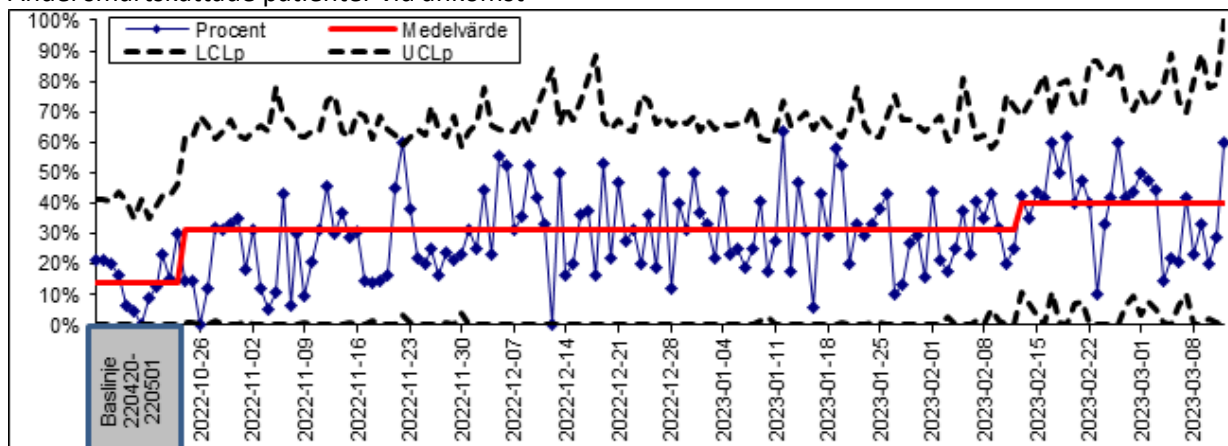
Förändringsidén var att genomföra workshop för omvårdnadspersonal under 3 veckor i syfte att sprida kunskap om smärta, smärtlindring och nyttan av att patienten själv skattar sin smärta. Genom journalgranskning av utfört arbete presenterades resultat med hjälp av P-diagram i närtid till medarbetarna för att följa förändringar. I återkommande kvalitetsforum skapades utrymme för fördjupande dialog och reflektion av utfört arbete där resultatet diskuterades och vilka eventuella förändringar som kunde förbättra resultatet. Avsikten var att förändringen skulle ske i mikroteamet som arbetade närmast och tillsammans med patienten med Nolans förbättringsmodell som grund.

### Var förändringen en förbättring?

Styrdiagram beskrivs som lämpliga att använda när man vill visa resultat över tid för att förstå påverkan av de förändringar man har gjort. Detta ansågs passa bra och användes i förbättringsarbetet. I nedanstående figurer presenteras processmått som andel patienter som blivit erbjuden farmaceutisk behandling samt smärtskattats före och efter given behandling.

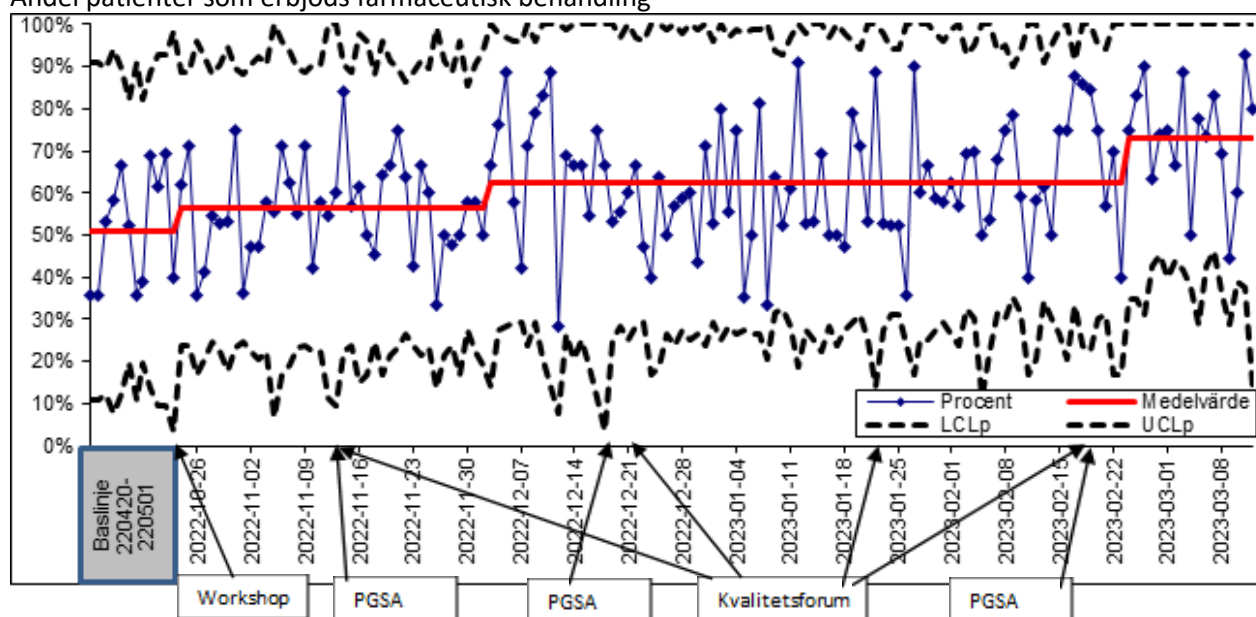
Figur 1

Andel smärtskattade patienter vid ankomst



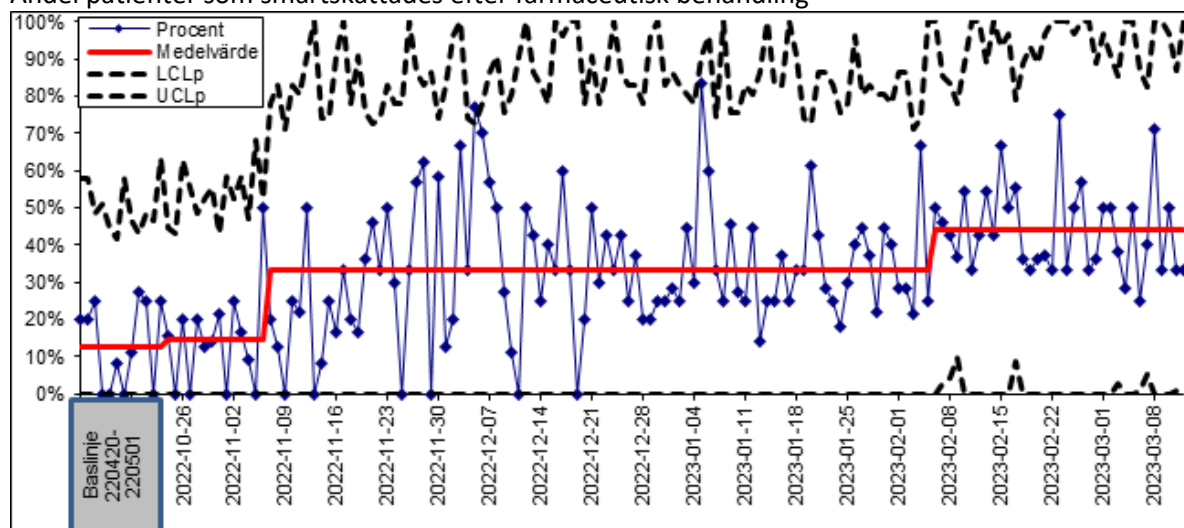
**Figur 2**

Andel patienter som erbjöds farmaceutisk behandling



**Figur 3**

Andel patienter som smärtskattades efter farmaceutisk behandling



## Resultat

Sammanfattningsvis visade resultatet på en förbättring. En tydlig förändring kan ses över tid där första tvåveckorsperioden utgörs av baslinjemätningen inför förbättringsarbetet. Trots att målen till fullo ej uppnåddes visar resultatet på att fler patienter smärtskattades (från 14% till 40%), fler patienter erbjöds farmaceutisk behandling (från 51% till 73%) samt att fler patienters upplevda effekt av given behandling utvärderades (från 13% till 44%) under förbättringsarbetets mätperiod. Resultatet ses som en indikation om att förändringen går åt rätt håll och ses därför som en förbättring.

## Nästa steg

Förbättringsarbetet ses som ett pågående projekt där fortsatt journalgranskning och uppföljning tillsammans med medarbetarna för hållbarhet över tid planeras. Nästa steg är undersöka tid till administrering av farmaceutisk behandling, och om möjligt förbättra och korta ner tiden mellan identifiering av smärta och given behandling.

## Faktaruta

Namn: Erik Vennberg

Email: erik.vennberg@regionstockholm.se

Arbetsgivare: Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Enhet: Akutmottagningen





# 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 arbetsätt. 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 gap 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 kan ställa om och förändra arbetsätt på 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.

Eva-Mari Blomqvist  
Avdelningschef och Programansvarig



