

Årsbok
Master i Kvalitetsförbättring och ledarskap
inom hälsa och välfärd
- Förbättringsarbeten 2015 -

Masterprogram i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd

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

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

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

- 4 Amira Donlagic
- 5 Anna Pilström & Anna Ringheim
- 6 Anna Oldaeus Almerén
- 8 Fitnete Gashi
- 10 Hans Tunér
- 11 Jenny Thureson
- 12 Lina Häglund
- 13 Madeleine Hammar
- 14 Malin Linder
- 16 Malin Sootalu
- 17 Maryam Shafie
- 18 Patrick Nyquist
- 20 Simin F. Rymo

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

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

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

Det handlar om förbättringar nära patienten/brukaren/klienten. Det är där värdet skapas! Vi önskar dessa nya MASTERS i kvalitetsförbättring och ledarskap, lycka till. Det är en gåva att få se er växa med uppgiften! Stor tack för förmånen att följa er under vägen och allt ni lärt oss under tiden!

Nicoline Vackerberg
Kursansvarig VFU

Christina Keller
Kursansvarig examensarbete

- 4 Lärdomar efter SBAR-verktygets införande
- 5 Att modellera för ett lärande
- 6 Implementering av kontaktsjuksköterska inom cancervården
- 8 Evidensbaserade praktik inom socialt arbete
- 10 Rätt temperatur på maten
- 11 Förbättring och utveckling av patologiprocesen
- 12 Likvärdig, lättillgänglig föräldrautbildning om autism (AST)
- 13 Rättspsykiatrisk rehabilitering
- 14 ”Hela tänder, helt enkelt”
- 16 PICOMM- patienten i centrum i malignt melanom processen
- 17 Metod för tidig mobilisering av planerat kejsarsnittförlösta
- 18 ”Vi har rott men ingen har styrt”
- 20 Psychiatric educational campaign on non-suicidal self-injury at school

Lärdomar efter SBAR-verktygets införande. En förbättring av samverkande sjukvård?

BAKGRUND

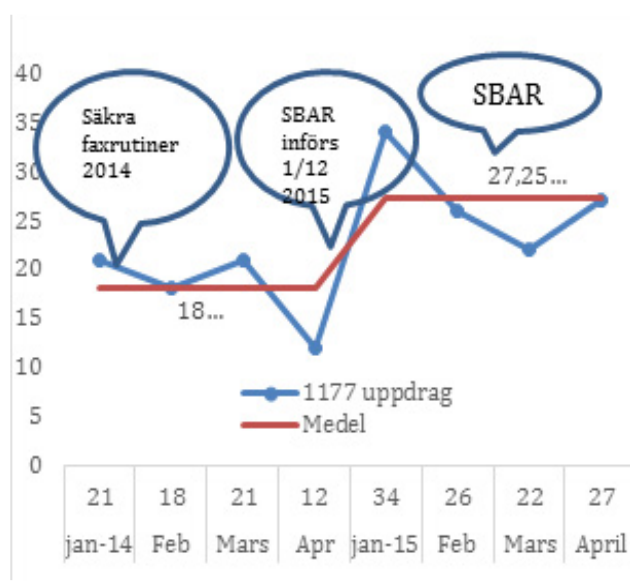
Förbättringsarbete skedde inom samverkande sjukvård i Västra Götaland. Samverkan bygger på samarbete mellan 1177 vårdguiden, kommunal hemsjukvård och ambulans. Samarbete sker genom att sjuksköterska på 1177 överför ett uppdrag, patientbedömning, till sjuksköterska i hemsjukvården /ambulansen som gör bedömningen hemma hos patienten. Informationsöverföring baserades på säkra faxrutiner vilket var ett svårhanterligt system.

SYFTE & MÅL

Målet med förbättringsarbetet är att det nya informationsöverföringen per telefon sker via SBAR-blanketten (Situation Bakgrund Aktuellt Rekommendation) skall leda till att fler patienter ska få bedömning via 1177 uppdrag.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Antal uppdrag till hemsjukvården/ambulansen



”Den som inte ständigt förbättrar sig upphör till slut att vara bra ”.

RESULTAT

Beslut om införande av SBAR i alla kommuner godkändes av styrgruppen efter första testet under sommaren 2014. Av diagrammet ser vi att efter införandet av SBAR-blanketten steg uppdragen men sjönk igen. Vi kan inte koppla resultatet bara till SBAR-blanketten det är andra faktorer som är avgörande om målet skall uppnås. Faktorer som inställning hos personal till 1177 uppdrag och chefs inställning till hela samverkan som är en motor i utvecklingen.

NÄSTA STEG

Att hitta ett nytt sätt för informationsöverföring via SBAR-blanketten per telefon och implementera den i verksamheterna är en del som har hunnits under tiden för denna studie. Den andra delen fortsätter efter studien genom att ta tillvara på den erfarenheten och kunskapen som kommit fram genom studien. Enkelt uttryckt är att halva jobbet har gjorts genom att det nya arbetssättet har införts och den andra halvan fortsätter genom kontinuerlig uppföljning och ständig förbättring.

FAKTARUTA

Projektlänk/Webb: www.samverkan-desjukvard.se

Examensår: 2015

Namn: Amira Donlagic

Email: amira.a.donalgic@vgregion.se

Arbetsgivare:

Enhet: NU sjukvården

Initiativ till utbildningen: Jag

Studera under arbetstid: Delvis

Att modellera för ett lärande - unga vuxna, närstående och medarbetare förbättrar den hematologiska vården.

BAKGRUND

Unga vuxna med allvarlig blodsjukdom får värdefulla erfarenheter av hur vården fungerar då de färdas genom vårdprocessen. Dessa erfarenheter kan tas tillvara för att göra förbättringar men unga vuxna har inte tidigare tillfrågats om hur de skulle vilja delge sina upplevelser när experience based design (EBD) använts.

SYFTE & MÅL

Syftet med förbättringsarbetet är att tillsammans med unga vuxna med allvarlig blodsjukdom, närstående och medarbetare modellera fram ett arbetssätt för att ta till vara på upplevelser och erfarenheter för att förbättra vården på Hematologen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Målet är att utvärdera arbetssättet för att det slutligen ska ske förbättringar för unga vuxna med allvarlig blodsjukdom, närstående och medarbetare på Hematologen.

Modelleringen genomfördes med en aktionsforskningsapproach i PDSA-cykler i förbättringsarbetets olika steg och skapade ett kontinuerligt lärande. Erfarenheter samlades in från 22 unga vuxna och närstående på det sätt de unga vuxna valde, genom ett telefonsamtal. Erfarenheterna visualiserades i en vernissage och analyserades tillsammans med medarbetarna. Förbättringsområden identifierades och prioriterades.

”Fick information om sex och samlevnad när jag fick mina cellgifter. Vi pratade aldrig om det sen, verkar vara känsligt, inte något man pratar om. Hade varit bra om de ställde frågan så att inte jag behöver ta upp det”.

-ung vuxen



RESULTAT

Unga vuxna och närstående vill delge sina upplevelser av vården för förbättringsarbete. När aktionsforskning användes tillsammans med EBD skapades en hög delaktighet och ett tydligt partnerskap. Dessa lärdomar om hur unga vuxna och närstående kan involveras för att förbättra vården resulterade i förslag till en modell. 14 förbättringsområden identifierades med metoden och 4 förbättringsarbeten pågår som ett resultat av detta.

NÄSTA STEG

På hematologen fortsätter arbetet i förbättringsteamerna. Förslaget till modell ska testas vidare i fler verksamheter.

FAKTARUTA

Examensår: 2015

Namn: Anna Pilström & Anna Ringheim

Email: anna.pilstrom@vgregion.se
anna.ringheim@vgregion.se

Arbetsgivare: Sahlgrenska Universitetssjukhuset resp Regionalt cancercentrum väst

Initiativ till utbildningen: Jag
Studera under arbetstid: Ja

Implementering av kontaktsjuksköterska inom cancervården – En fallstudie med fördjupning på behov

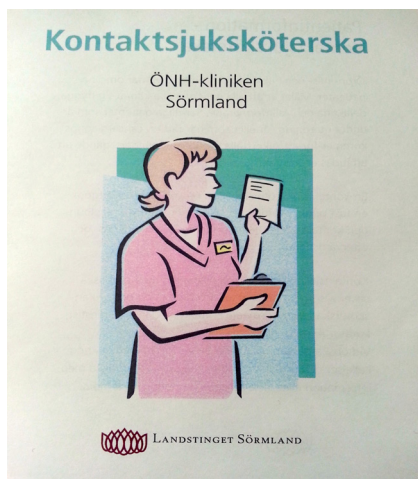
BAKGRUND

Cancerincidensen i världen ökar. Med nationella riktlinjer och enskilda satsningar önskar man kvalitetssäkra framtida cancervård genom att förbättra information, vårdkvalitet, stöd och fast vårdkontakt, för patienter såväl som närstående. En kontaktsjuksköterska anses kunna utgöra en sammanhållande länk i vårdkedjan och därmed kunna kvalitetssäkra och tillmötesgå behov under cancerprocessen. Dock råder ingen samstämmighet i hur rollen ska utformas, varför ökad kunskap om behov behövs, följt av lokala anpassningar och implementering.

SYFTE & MÅL

Förbättringsarbetet syftar till att förbättra omhändertagandet av ÖNH-klinikens cancerpatienter genom att öka vårdkvaliteten och skapa förutsättningar för en fast vårdkontakt.

- 100 % av klinikens nydiagnostiserade cancerpatienter ska erbjudas en kontaktsjuksköterska
- Under utrednings- och eftervårdstiden får medelvikten hos alla nydiagnostiserade cancerpatienter minska maximalt 8 %
- 100 % av de nydiagnostiserade cancerpatienterna ska registreras i Huvud- halscancerregistret, INCA



”Det var inga otäcka överraskningar... hon talade om varför jag skulle träffa alla dessa läkare, för att det skulle bli så bra behandling som möjligt. Det var enastående. Det var suveränt bra”

- patient om en kontaktsjuksköterska

RESULTAT

På kliniken diagnostiserades 47 patienter med cancer mellan juli 2014 – april 2015. Av dessa erbjöds 100 % (mål 100 %), en kontaktsjuksköterska. Tidigare saknades en kontaktsjuksköterska. 93 % (mål 100 %) registrerades i INCA, tidigare täckningsgrad låg på 71 % och medelviktförlusten blev 4,5 % (mål < 8 %), tidigare gjordes inga vikt-mätningar. Förbättringsarbetet ökade kunskapen om behov under cancerprocessen, vilket genererade tre nya arbetsrutiner. Resultatet tyder i stor utsträckning på att rutinerna följs och att innovationen implementerats. Implementeringen har fört med sig en förbättrad vårdkvalitet, då kontaktnätet runt patienten säkrats och möjligheten att tidigare upptäcka och agera på komplikationer och fördröjningar i vårdkedjan har förbättrats.

NÄSTA STEG

Som led i ett nationellt ledtidsprojekt inom cancervården blir nästa steg att aktivt minska ledtider från utredning till behandling. Kontaktsjuksköterskorna kommer att utgöra ett viktigt stöd och tillse att vårdkedjan förlöper smidigt genom att vara en fast punkt och aktivt bevaka ledtider. Kontaktsjuksköterskorna kommer även att vara huvudansvariga för upprättandet av en skriftlig individuell vårdplan i syfte att tydliggöra information och underlätta delaktighet. Under hösten 2015 kommer kontaktsjuksköterskorna delta i en högskoleutbildning för kontaktsjuksköterskor.

FAKTARUTA

Examensår: 2015

Namn: Anna Oldaeus Almerén

Email: annaoldaeus@hotmail.com

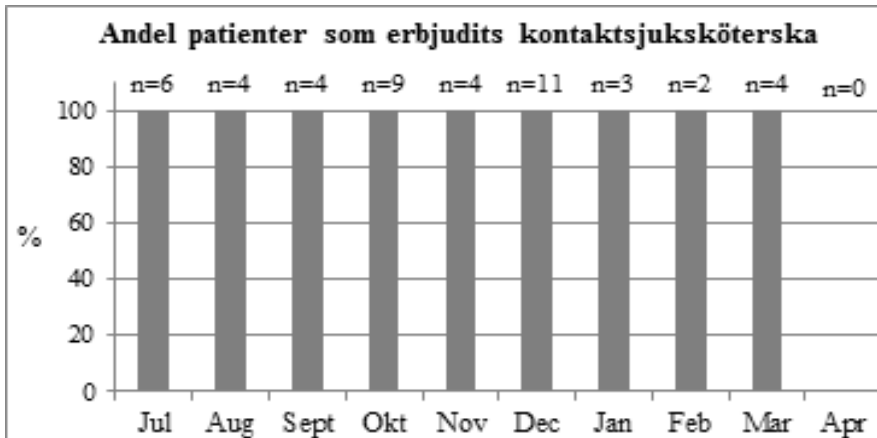
Arbetsgivare: Landstinget Sörmland/Region Örebro län

Enhet: ÖNH-kliniken Sörmland/ÖNH-kliniken Universitetssjukhuset Örebro

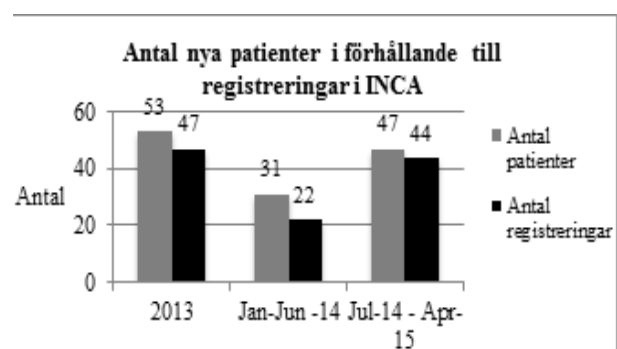
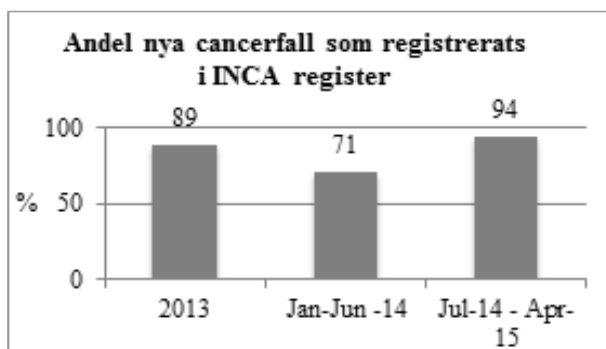
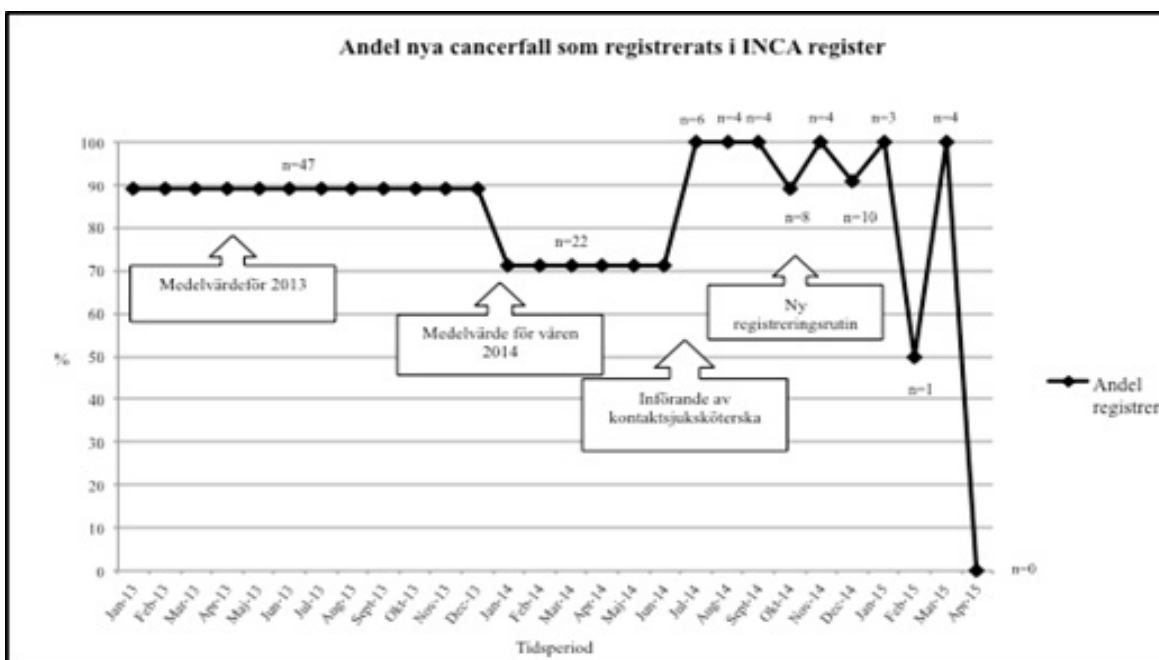
Initiativ till utbildningen: Jag

Studera under arbetstid: Ja

Bilaga



Figur 1. Andel cancerpatienter som erbjudits kontaktsjuksköterska under studietiden, juli 2014 - april 2015.



Figur 3. Andel nya cancerfall på studiekliniken som registrerats i kvalitetsregistret INCA under studietiden, juli 2014 - april 2015 jämfört med 2013 och första halvan av 2014.

Figur 4. Antal nya cancerfall på studiekliniken som registrerats i kvalitetsregistret INCA under studietiden, juli 2014 - april 2015 jämfört med 2013 och första halvan av 2014.

Evidensbaserade praktik inom socialt arbete

BAKGRUND

Evidensbaserade praktik beskrivs som en förhållningsätt för ständigt och systematiskt lärande där brukaren och de professionella, utifrån bästa tillgängliga kunskap tillsammans fattar beslut om lämpliga insatser i den mån man kan och vill vara delaktigt. Utredningar visar att socialtjänstens arbete i allt för liten utsträckning baseras på kunskap om effekten av olika insatser. Förbättringar som behövs är; stöd till implementering av ny kunskap, bättre förutsättningar för att dokumentera, systematisera, kommunicera och utveckla det egna arbetet; samt stöd till nya former för brukarmedverkan och bruka-

SYFTE & MÅL

Skapa en stödjande organisation som möjliggör implementering av nya metoder samt återkoppling om hur metoderna fungerar. Påbörja en utveckling i riktning mot en ökad användning av standardiserade behandlingsmodeller för personer med psykiska funktionshinder.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Processmått - Personalresurser. Schemalagd tid för användning av verktyg från modellen ESL- ett självständigt liv.

Resultatmått - Dokumentera metoderna under sökordet evidensbaserade metoder i dokumentationssystem (Magna Cura).

Balanserat mått/effektmål - Var ser vi effekterna av den nya metoden? Följa antalet avvikelserna från genomförandeplanen för de brukare som ingår i projektet samt brukarenkäter.

“The secret of getting ahead is getting started. The secret of getting started is breaking your complex overwhelming tasks into manageable tasks, and then starting on the first one”

-Mark Twain

RESULTAT

Genom olika metoder för förbättringskunskap och PDSA-cyklar som metod skapades förutsättningar för dokumentation och tidigare utbildning kombineras med praktisk träning. För att kunna synliggöra, analysera och hantera variationen i processen genomfördes före och efter mätningar. Resultatet visar att styrgränsen är lägre från 8,3 på första mätperioden till 5,66 på andra mätperioden där även centralmättet har blivit lägre från 2,7 på den första till 2,3 på den andra. Den andra mätperioden indikerar också på en förändring då fler än sex punkter ligger under medelvärdet (bilaga 1).

Brukarenkäten visar förbättring på frågan 3, 4 och 5 där brukarna uppger att de möts med respekt från personalen, får tillräcklig information och upplever större inflytande och delaktighet över planeringen och beslut kring aktuella insatser (bilaga, 2).

NÄSTA STEG

Mäta över tid för att få en tydlig bild om variationen är slumpmässig eller urskiljbar samt kunna se om det har hänt något positivt eller negativt med resultaten. Följa utvecklingen över antalet avvikelser.

En fortsatt implementering av det förändrade arbetssättet i den övriga verksamheten. I syfte att formalisera och standardisera arbetsuppgifter för att minska variationen över tid och mellan olika anställda i hur arbetet genomförs.

FAKTARUTA

Examensår: 2015

Namn: Fitnete Gashi

Email: fitnete.gashi@jonkoping.se

Arbetsgivare: Jönköpingskommun

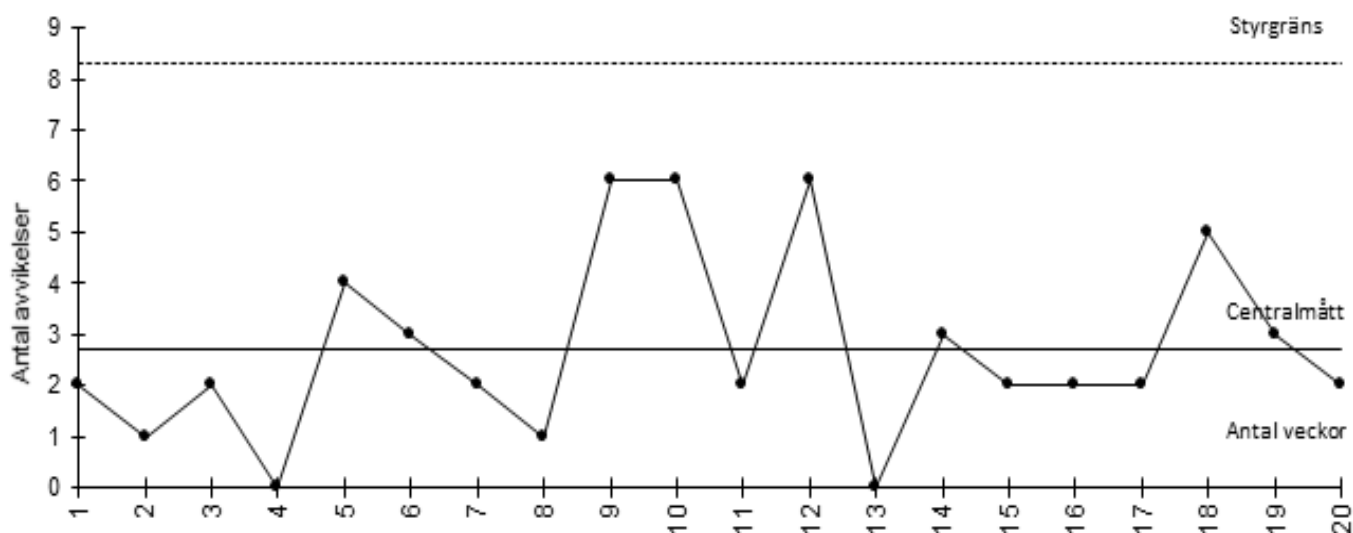
Enhet: Socialpsykiatri

Initiativ till utbildningen: Egen initiativ

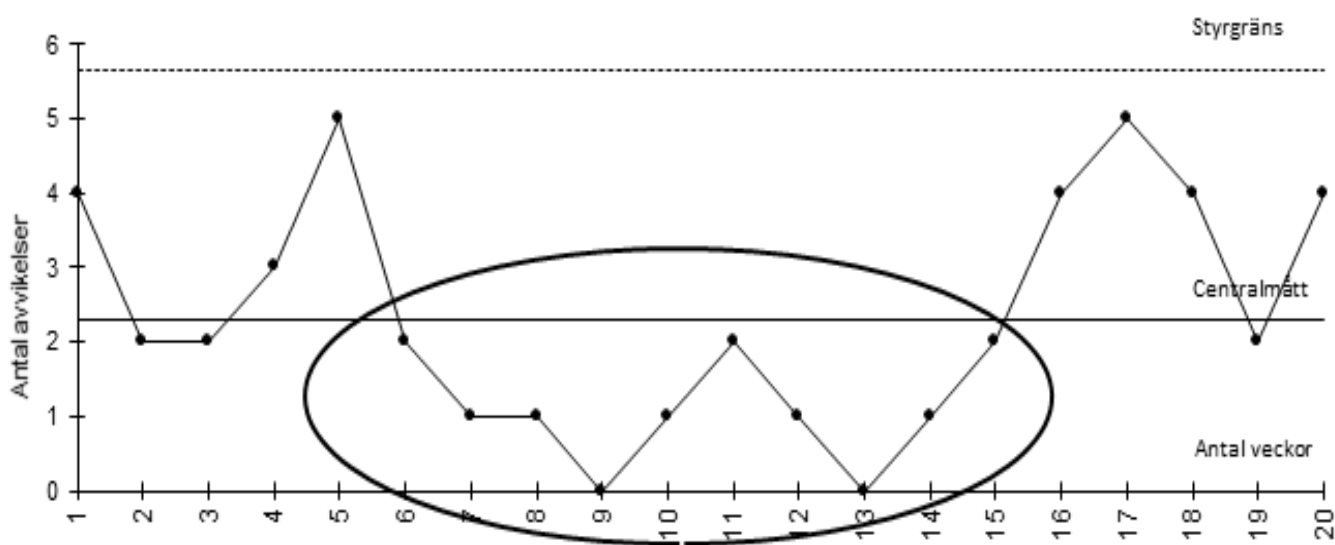
Studera under arbetstid: Delvis



Avvikelser från genomförandeplanen



Figur 1. Styrdiagram över antalet avvikelser från genomförandeplan före det förändrade arbetssättet. Mätperiod 2 juni-19 oktober 2014, sammanlagt 20 veckor.



Figur 2. Styrdiagram över antalet avvikelser från genomförandeplan efter det förändrade arbetssättet. Mätperiod 20 oktober 2014 till 8 mars 2015, sammanlagt 20 veckor.

Rätt temperatur på maten

- En fallstudie av ett förbättringsarbete på ett sjukhus med briccedukningssystem

BAKGRUND

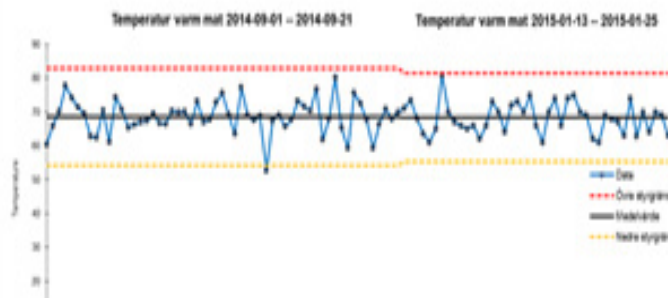
En välsmakande och hygieniskt säker mat är viktig för patientens medicinska behandling och välbefinnande. Livsmedelshygien är på ett sjukhus en fråga om patientsäkerhet där temperaturen utgör den enskilt viktigaste faktorn. Mätningar på det studerade sjukhuset visade stora variationer och betydande avvikelser från tillåtna temperaturer, varför ett förbättringsprojekt genomfördes för att förbättra och stabilisera temperaturerna.

SYFTE & MÅL

Syftet med förbättringsarbetet var att uppnå en stabil process med korrekta temperaturer. Förbättringsarbetet studerades med syfte att beskriva de fenomen som den involverade personalen upplevt vara betydelsefulla för förbättringsarbetets resultat och hur patienternas upplevelse av maten förändrades under tiden för förbättringsarbetet.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Mätningar av mattemperaturen visade alltför stora variationer för att man skulle kunna anse att det förelåg en stabil och säker process. Kraven i egenkontrollprogrammet uppnåddes inte. Detta innebar också att patienterna utsattes för en högre risk för matförgiftning än vad som var acceptabelt.



RESULTAT

Förbättringsarbetet resulterade i en stabil process med eftersträvt temperaturförbättringar, vilket minskade risken för matförgiftning bland patienterna. Studien visade att fenomen som i hög grad ligger inom mikrosystemets inflytande varit betydelsefulla. Dessa sammanfattades i fyra kategorier: Resursanvändning, Interaktion och kommunikation, Förändringsförmåga samt Delaktighet/engagemang.

NÄSTA STEG

Vårdnära service innebär att arbetsuppgifter som utförs på en vårdenhets men som inte kräver personal med vårdkompetens, utförs av servicepersonal. En variant av vårdnära service som kunde vara intressant att prova är att måltids-servicen på en vårdavdelning helt eller delvis utförs av servicepersonal. Detta skulle kunna göra måltiderna mindre beroende av andra aktiviteter på vårdavdelningen och minska variationen i tid för serveringen av maten.

FAKTARUTA

Examensår: 2015

Namn: Hans Tunér

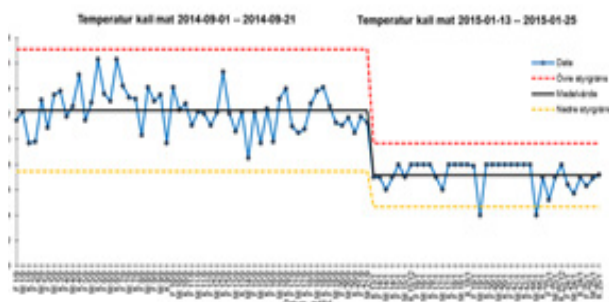
Email: hans.tuner@rjl.se

Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Verksamhetsstöd och service

Initiativ till utbildningen: Min chef

Studera under arbetstid: Ja



Förbättring och utveckling av patologiprocessen

BAKGRUND

Stort fokus riktas i dag på att kartlägga och reducera väntetider inom cancervården.

Patologilaboratoriet som undersöker vävnadsprover är en del i denna vårdkedja. Tyvärr kan inte laboratoriet hålla de utlovade svarstiderna vilket medför psykiskt lidande för patienterna och fördröjer behandlingsstart. Variationen i svarstid utgör också ett bekymmer eftersom det försvårar planeringen av patientens återbesökstid.

SYFTE

Att leverera en effektiv och stabil patologiprocess, utöka kundsamverkan samt visualisera och bygga kunskap om interna processer

MÅL

31 dec 2014 ska minst 90 % av alla histologiska prover vara besvarade inom 15 dagar

MÄTETAL

Diagram 1 (2013-2015): Andel besvarade histologiprover inom 15 dagar i procent. Sekundäraxel visar medelsvarstid (TAT)

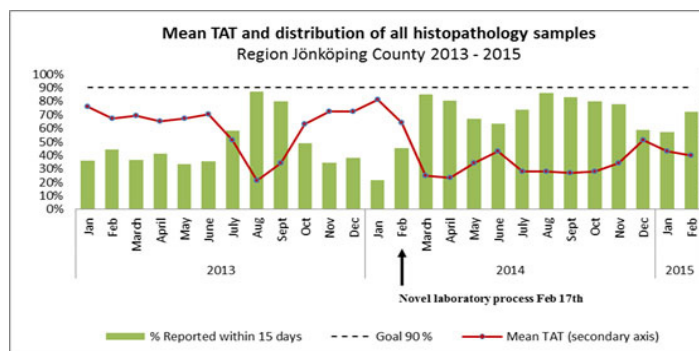
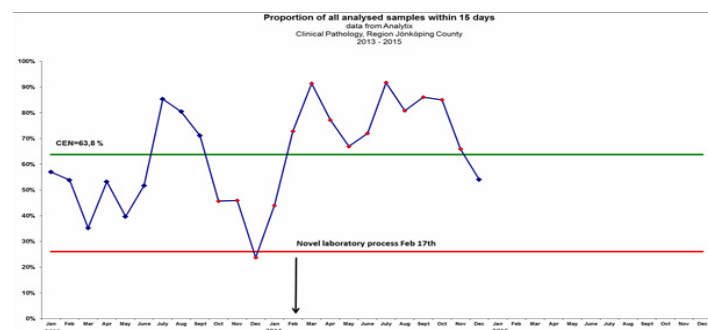


Diagram 2 (2013-2014): Andel besvarade histologiprover inom 15 dagar



RESULTAT

Nya arbetssätt infördes 17 februari 2014. Medelsvarstiden minskade från ca 14 dagar till ca 9 dagar. Andelen besvarade histologiprover steg från ca 50 till ca 80 %.

Mätningar och visualisering gjordes på organ-specifika processer; bröst och tarm. Resultaten diskuterades internt och externt bland annat i samband med APT och kundsamverkan.

NÄSTA STEG

Arbetet med att förbättra och utveckla patologiprocessen är ständigt aktuell. Under 2015 utökas kundsamverkan till att involvera fler kunder, framför allt i samband med arbetet att införa standardiserade vårdförlopp.

Mätningar och visualisering av laboratoriets olika delprocesser kommer att fortsätta under 2015 för att öka kunskapen om verksamheten. Förbättringsarbete är i fokus och kommer ständigt att vara aktuellt då en ny roll för verksamhetsutveckling tillsätts under hösten.

I pipeline:

- effektivare dehydreringsprocess för större vävnadsprover, vilket skulle korta prepareringstiden avsevärt.
- Inköp av ny apparatur för rutinfärgning, immunofärgning och skanning av glas.
- Remisslös hantering av provbeställning och svar ut (ROS), vilket sparar tid i jämförelse med postgång.

FAKTARUTA

Examensår: 2015 Namn: Jenny Thureson
Email: jenny.thureson@rjl.se Arbetsgivare:
Landstinget Jönköping Enhet: Laboratorie-
medicin
Initiativ till utbildningen: Jag Studera under
arbetstid: Ja, delvis

Likvärdig, lättillgänglig föräldrautbildning om autism (AST)

En fallstudie av förändringsprocess, hinder och framgångsfaktorer i ett förbättringsarbete

BAKGRUND

Föräldrar till barn med AST känner hög stress och social isolering. Föräldrastöd ger positiv inverkan på barnets beteende och utveckling. Att få ökad kunskap om AST minskar föräldrars stress. Habiliteringen har ett ökat inflöde av barn med AST. Väntetiden till föräldrautbildning om AST är lång. Kunskap saknas om verksamheten erbjuder likvärdig föräldrautbildning om AST samt hur utbildningen ska vara utformad för att ge bästa nytta föräldrarna.

SYFTE & MÅL

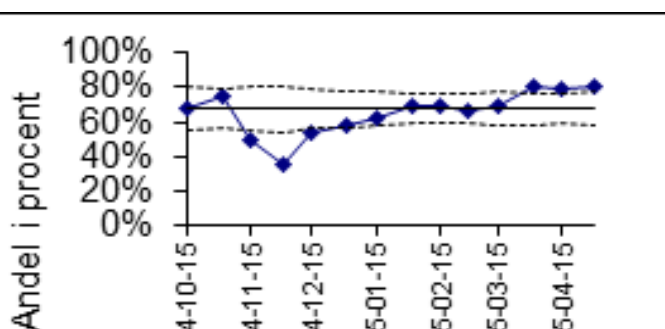
Föräldrar till barn med AST erbjuds likvärdig föräldrautbildning i Västra Götalandsregionen (VGR). Utbildningen är till god nytta för föräldrarna. Väntetiden till föräldrautbildning är högst 90 dagar oavsett var man bor i regionen.

HUR VET DU ATT DENNA FÖRÄNDRING ÄR EN FÖRBÄTTRING? Aktuella mått NYTTA

1. Andel föräldrar som fått ny kunskap om autism
2. Andel föräldrar som fått idéer hur de kan stödja sitt barn
3. Andel föräldrar som förstår sitt barn bättre efter utbildningen

TILLGÄNGLIGHET/VÄNTETIDER

4. Andel föräldrar som väntar < 90 dagar på utbildning



Andel väntande < 90 dagar på utbildning
Föräldrar börjar erbjudas webbutbildning om AST

Länken till webbutbildningen om autism för föräldrar och andra närstående:

www.vgregion.se/autisminformation

RESULTAT

I förbättringsarbetet skapades ett gemensamt regionalt utbud av föräldrautbildningar om AST "live" och på webben, tillgänglig för alla föräldrar med barn med AST som har insatser från Habiliteringen. Gemensamma utvärderingsfrågor togs fram som möjliggjorde jämförelser. Webbutbildningen visade inte lika god nytta i de två piloterna, som befintliga "live"-koncept. En föräldraträff är ett viktigt komplement till webbutbildningen och ingår i paketet.

Vid projektavslut 2015-05-01 hade andelen väntande < 90 dagar ökat från 67 % till 81 %.

NÄSTA STEG

Från och med 2015-09-01 är målet att kunna erbjuda likvärdig utbildning helt uppfyllt då Habiliteringen erbjuder likadana "live"-koncept med samma innehåll och namn, på fem orter. Utbildningarna är jämnt fördelade över terminen vilket kommer att innebära att målet, andelen väntande < 90 dagar 100 % uppnås.

Nya "live"-konceptet kommer att utvärderas på samma sätt som webbutbildningen och jämförelser av nytta mellan utbildningarna kan göras.

Webbutbildningen kommer att utvecklas med fler filmer, anpassade för föräldrar som har äldre barn och ungdomar med AST.

FAKTARUTA

Projektlänk/Webb: www.mittforbattningsarbete.se

Examensår: 2015

Namn: Lina Häglund

Email: lina.haglund@vgregion.se

Arbetsgivare:

Enhet: Habilitering & Hälsa

Initiativ till utbildningen: Jag

Studera under arbetstid? Ja, campus + extra lästid

Rättspsykiatrisk rehabilitering

En självklarhet för patienter i rättspsykiatrisk slutenvård?

BAKGRUND

Rehabilitering är ett eftersatt område i rättspsykiatri så väl internationellt som nationellt. Nybyggnationen i rättspsykiatri i Göteborg har utformats med fokus på att miljö, lokaler och innehållet i vården ska förbereda patienterna för ett liv i samhället. Efter inflyttning uppmärksammades svårigheter med att realisera det nya arbetssättet. Patienterna är dömda till tvångsvård. Verksamheten har hög säkerhetsnivå vilket medför att alla patienter beledsagas till alla aktiviteter och möten. Tre förbättringsområden togs fram. Förbättringsarbetet inom masterarbetet bedrevs genom att förbättra logistik, planering och samordning.

SYFTE & MÅL

Syftet med förbättringsarbetet var att öka möjligheten för patienterna att delta i rehabiliterande aktiviteter.

Målet med förbättringsarbetet var att senast den 31/3 2015 ska alla 72 patienterna på rehabenheterna ges möjlighet att under dagtid delta i rehabiliterande aktiviteter.

MÄTETAL

Diagram 1 visar hur antalet bokade bilar per månad sjunkit från 17 i oktober till sex bilar i mars. Samordning kring matinköp frisätter tid för medarbetarna till patientarbete.

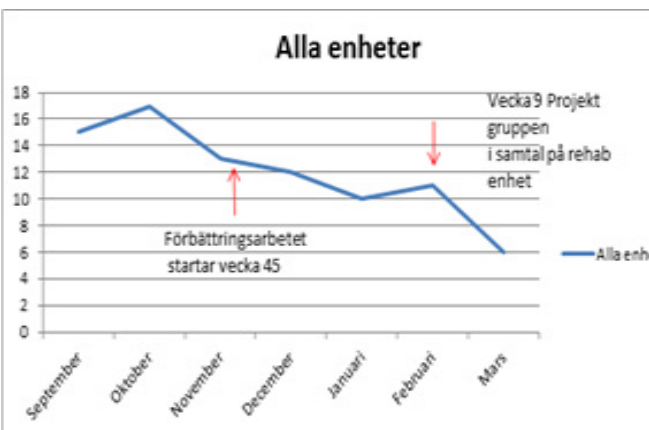
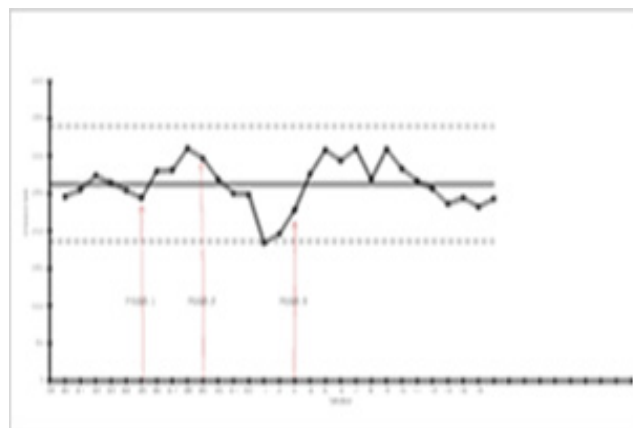


Diagram 2 visar tre PGSA och hur de planerade (rehabiliterande) aktiviteterna minskat under förbättringsarbetet.



RESULTAT

Logistiken har förbättrats vilket medför att medarbetarna har fått mer tid för att beledsaga patienterna till rehabiliterande aktiviteter.

Målet har dock inte uppnåtts då de planerade akti-

NÄSTA STEG

Öka patienternas möjlighet till rehabilitering i aktivitet fortsätter under 2015

Nästa steg blir att arbeta vidare med resultaten från alla GAP-analyser för att finna fler verksamhetsövergripande logistiklösningar.

FAKTARUTA

Examensår: 2015

Namn: Madeleine Hammar

Email: madeleine.hammar@vgregion.se

Arbetsgivare: Sahlgrenska universitetssjukhus

Enhet: Rättspsykiatri

Initiativ till utbildningen: Jag

Studera under arbetstid: Ja, till viss del

”Hela tänder, helt enkelt” - ett kariespreventionsprogram utvecklat för vuxna patienter.



BAKGRUND

Karies, eller hål i tänderna är en av de stora munsjukdomarna och utgör enligt WHO och Socialstyrelsen ett folkhälsoproblem. Trots att karies är en sjukdom som kan förhindras eller bromsas upp med preventiva åtgärder handlar kariesbehandling på vuxna idag, i huvudsak om lagningar. Inom barntandvården finns speciellt utformade kariespreventionsprogram som uppvisat goda resultat i form av kariesreduktion. Liknande preventionsprogram saknas inom vuxentandvården.

SYFTE & MÅL

Förbättringsarbetet bestod i att utveckla och implementera ett kariespreventionsprogram för vuxna, baserat på Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Syftet var att öka antalet kariespreventiva åtgärder på Distriktstandvården och därmed säkerställa att vuxna patienter med en förhöjd kariesrisk erbjuds fastställda, beprövade kariespreventiva åtgärder.

Det långsiktiga målet är färre lagningar och en förbättrad munhälsa inom vuxentandvården på Distriktstandvården.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att se om förändringen ledde till en förbättring mättes antalet kariespreventiva åtgärder över tid. Resultatmått: Antalet kariespreventiva åtgärder utförda på hela Distriktstandvården.

För att se att en ökning av kariesprevention inte orsakade en undanträngning och därmed minskning av tandlossnings-prevention mättes även tandlossningspreventiva åtgärder under samma tidsperiod.



RESULTAT

Resultatet var en ökning med 73 % av antalet kariespreventiva åtgärder på Distriktstandvården under tiden för förbättringsarbetet; september 2014 till och med mars 2015, jämfört med samma tidsperiod året innan.

Den balanserade mätningen visade att också tandlossnings-preventiva åtgärder ökade under tiden för förbättringsarbetet.

Slutsats: en ökad medvetenhet om kariespreventivt arbete verkar leda till fler preventiva behandlingsåtgärder också inom andra odontologiska områden.

NÄSTA STEG

I nästa steg planeras ytterligare uppföljning av förbättringsarbetet genom fortsatta mätningar av kariespreventiva åtgärder och återkopplingar till Distriktstandvårdens personal.

I framtiden planeras att följa upp om preventionsprogrammet leder till färre lagningar och en förbättrad munhälsa inom vuxentandvården, vilket var det långsiktiga syftet.

FAKTARUTA

www.distriktstandvarden.se

Examensår: 2015

Namn: Malin Linder

Email: malin.linder@distriktstandvarden.se

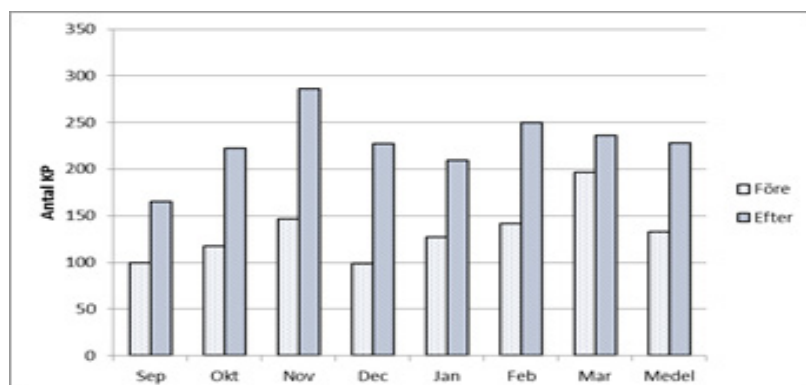
Arbetsgivare: Distriktstandvården AB, Stockholm

Enhet: Kliniken på Drottninggatan

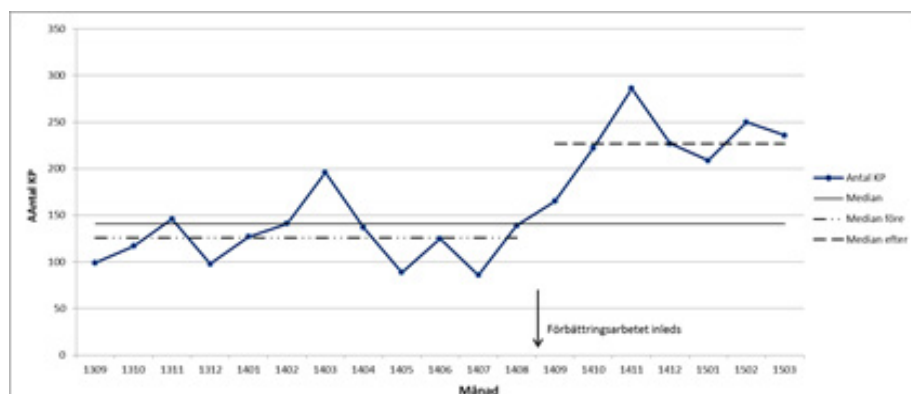
Initiativ till utbildningen: Jag

Studera under arbetstid: Delvis

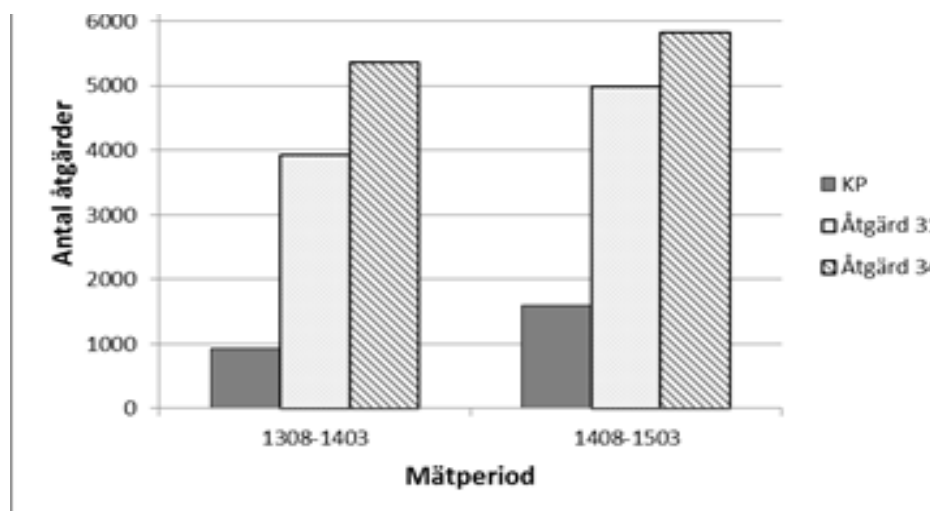
Bilaga



Figur 1. Antalet kariespreventiva åtgärder (= KP) månadsvis på hela Distriktstandvården, före förbättringsarbetets införande sep 2013- mars 2014 och efter förbättringsarbetets införande sep 2014- mars 2015.



Figur 2. Sekvensdiagram över antalet kariespreventiva åtgärder (= KP) på hela Distriktstandvården från och med sep 2013 till och med mars 2015. I samband med förbättringsarbetets införande steg medianvärdet kraftigt.



Figur 3. Stapeldiagram som visar antalet kariespreventiva åtgärder (= KP) och antalet tandlossningspreventiva åtgärder (kodade 311 och 341) under tidsperioden för förbättringsarbetet, sep 2014- mars 2015, och under samma tidsperiod året innan. De kariespreventiva och de tandlossningspreventiva åtgärderna ökade i antal under tiden för förbättringsarbetet.

PICOMM- patienten i centrum i malignt melanom processen

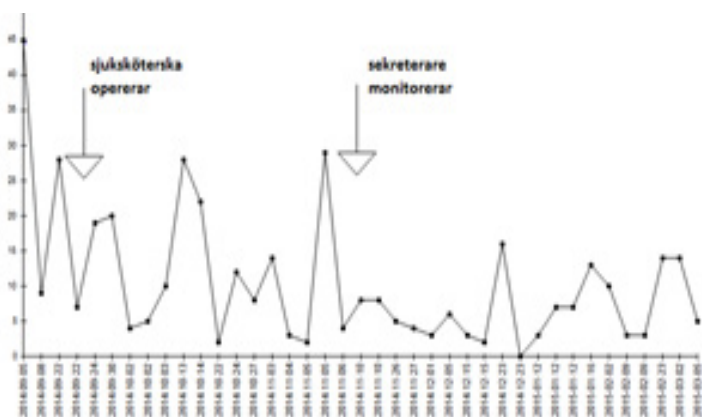
BAKGRUND

Varje år drabbas 4000 personer av malignt melanom i Sverige. Prognosen är god vid tidig upptäckt. Ett förbättringsarbete initierades för att utveckla vårdprocesser för dessa patienter. En utveckling som sätter patientens unika situation i centrum med snabb handläggning. Samtidigt har frågor om vad som bidrar till måluppfyllelse varit debatterat rörande cancersjukvården. Frågor som rör tillgänglighet och delaktighet för en mer personcentrerad vård. I projektet har frågor som rör begreppet personcentrerad vård också varit starkt i fokus.

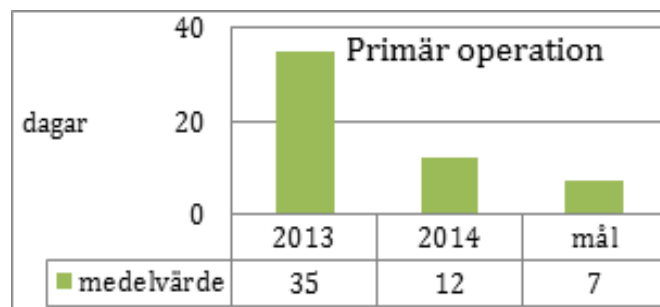
SYFTE & MÅL

Målet med förbättringsarbetet har varit att korta ledtider från i genomsnitt 35 dagar till att vara inom bedömning och behandling inom sju dagar.

Syftet har varit att utveckla kunskaper om personcentrerad vård genom att beskriva deltagarnas egna situationsbaserade erfarenheter om vad processen i förbättringsarbetet har inneburit i relation till deras egna insatser för projektmålen.



Sammanställning över processen för den primära operationen redovisar för varje patient över tid från 2014-09-05 till 2015-03-05 (antal patienter =39)



RESULTAT

Måluppfyllelse i projektet är delvis uppnått. Aspekter på ett personcentrerat arbetssätt i arbetet med patienten och i arbetet med projektet har framkommit i de sammanvägda resultaten från förbättringsarbetet och studien av förbättringsarbetet. Aspekter som rör tillgänglighet, samordning och delaktighet. Resultatet av förbättringsarbetet redovisar en medeltid på 12 dagar, under projekttiden. Målet var satt till att vid misstanke om malignt melanom vara inom bedömning och behandling inom sju dagar.

NÄSTA STEG

Slutsatsen i projektet är att när deltagare i ett förbättringsarbete får möjlighet att ändra på logistik, strukturer och där tillgänglighet och delaktighet blir centrala begrepp, sker det en rörelse till ett personcentrerat arbetssätt, i arbete med patienter och i arbete med projekt.

En vidare dialog med externa intressenter har påbörjats för att effektivisera omhändertagandet i ett vidare perspektiv.

FAKTARUTA

Examensår:2015

Namn: Malin Sootalu

Email: malinsootalu@mail.com

Arbetsgivare: Landstinget Sörmland

Initiativ till utbildningen: Jag.

Studera under arbetstid: Ja.

Metod för tidig mobilisering av planerat kejsarsnittförlösta

En kvalitativ studie av patienternas upplevelser

BAKGRUND

Kejsarsnittfrekvensen har ökat i många länder inklusive Sverige de senaste decennierna och denna ökning ställer krav på sjukvården att säkerställa en god vård även efter kejsarsnittet. Vikten av mobilisering efter kejsarsnitt framgår av tidigare studier men det saknas kunskap om hur patienter som genomgår planerat kejsarsnitt kan mobiliseras. I och med förbättringsarbetet utvecklades en metod för tidig mobilisering efter planerat kejsarsnitt.

SYFTE

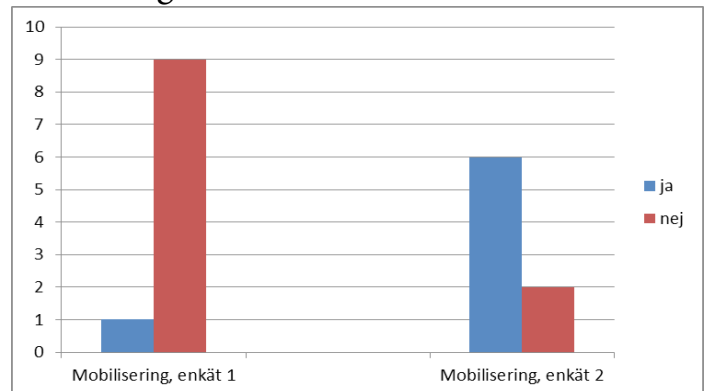
Förbättringsarbetets syfte var att, med involvering av flera professioner samt patienter, utveckla en metod för tidig mobilisering av kejsarsnittförlösta. Arbetet påbörjades i maj 2014. Målet, som skulle vara uppfyllt i november år 2014, var att 80% av patienterna som deltagit i förbättringsarbetet skulle vara fullt mobiliserade två dygn efter förlossningen.

Studien av förbättringsarbetet syftade till att beskriva kejsarsnittförlöstas upplevelser av mobiliseringsmetoden.

MÄTETAL

Diagram 1 visar hur antalet bokade bilar per månad sjunkit från 17 i oktober till sex bilar i mars. Samordning kring matinköp frisätter tid för medarbetarna till patientarbete.

Hur vet jag att denna förändring är en förbättring?



Figuren visar antal patienter som svarat ja respektive nej på frågan om de känt sig fullt mobiliserade (enkät 1 innan och enkät 2 efter metoden för tidig mobilisering utvecklades)

RESULTAT

Resultatet visar att majoriteten av patienterna mobiliserats två dagar efter kejsarsnittet. Studien påvisar att patienterna upplevt trygghet, kontroll över tillvaron och majoriteten upplevde att de haft goda förutsättningar för tidig mobilisering.

NÄSTA STEG

Ett förslag till förbättringsarbete är datorisering av läkemedelsjournaler för att bidra till ökad patientsäkerhet. Mobiliseringsmetoden skulle kunna vara tillgänglig för fler, ett förbättringsarbete för att åstadkomma detta kan genomföras. I sådana fall skulle informationen eventuellt kunna göras tillgänglig på sjukhusets hemsida, då skulle patienterna få möjlighet till att bli ännu mer involverade. En sådan åtgärd skulle även innebära en reducering av resurser på sjukhuset samtidigt som fler patienter får aktuell information.

Djupare forskning avseende bakomliggande orsaker till varför patienter inte känner sig smärtlindrade är ett förslag till fortsatt forskning. Sådan forskning kan kompletteras med studier om vårdpersonalens attityd avseende smärtlindring för kejsarsnittförlösta.

FAKTARUTA

Examensår: 2015

Namn: Maryam Shafie

Initiativ till utbildningen: Eget initiativ

Studera under arbetstid: Ja

”Vi har rott men ingen har styrt” - En fallstudie av ett förbättringsarbete på en ortopedteknisk produktionsenhet

BAKGRUND

Problemet grundas i att det i nuläget råder ett glapp mellan vad beställande patienthandläggare förväntar sig erhålla och vad som levereras vid framtagandet av individuella ortopedtekniska hjälpmedel på TeamOlmeds centraliserade produktionsenhet i Jönköping.

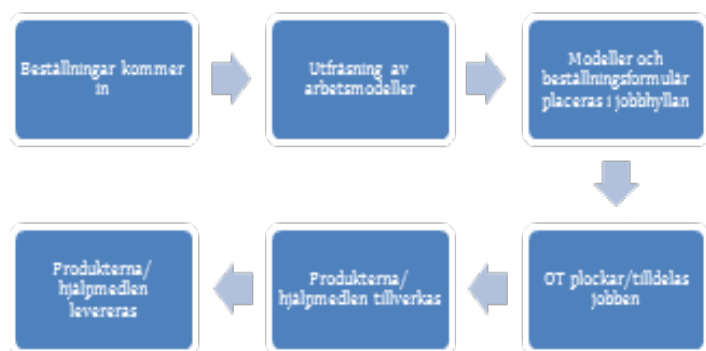
Konsekvenserna av detta blir att leveransen av hjälpmedlen riskerar att försenas till patienterna samt att hjälpmedlen inte uppfyller de uppsatta funktionskraven.

SYFTE

Det övergripande syftet med förbättringsprojektet var att kvalitetssäkra produktionsprocessen vid tillverkningen av de individuella ortopedtekniska hjälpmedlen. Detta skapar en stabilare process vilket är av värde för att patienterna ska erhålla sina hjälpmedel så snabbt som möjligt samt bidrar till att hjälpmedlen tillgodoser patienternas individuella ortopedtekniska funktionskrav.

Hur vet vi att förändringen resulterade i en förbättring?

För att avgöra om projektet var på rätt väg mot att uppnå det uppsatta syftet krävdes genomtänkta mätningar. Två av målen med förbättringsarbetet var att minska andelen ortopedtekniska hjälpmedel med kvalitetsbrister som levereras från produktionsenheten till beställarna samt att minska andelen bristfälliga inkommande beställningsunderlag till produktionsenheten.



”Ja det är jättekul att se att det faktiskt har hänt någonting”

RESULTAT

Resultatet från förbättringsarbetet visade att produktionsenheten blev bättre på att leverera ortopedtekniska hjälpmedel som motsvarade beställarnas förväntningar. Andelen produkter som beställarna var ”delvis nöjda” med minskade från 20 % till 8 %, vilket speglar sig i att andelen levererade produkter som beställarna var ”helt nöjda” med ökade från 75 % till 88 %. Dessutom minskade andelen beställningar med bristfälliga beställningsunderlag från 13 % vid början på projektet till 6,5 % vid projektets slut.

Detta skapar bättre förutsättningar för att patienterna ska erhålla sina hjälpmedel så snabbt som möjligt samt bidrar till att hjälpmedlen tillgodoser patienternas ortopedtekniska funktionskrav.

NÄSTA STEG

Efter att min del i förbättringsprojektet avslutats kommer själva förbättringsarbetet fortsätta i ledning av Produktionschefen och CAD-chefen (ansvarig för det digitala beställningssystemet) med stöd från mig.

Såväl cheferna som medarbetarna påpekade att de efter sin medverkan i förbättringsprojektet lärt sig nya verktyg och metoder att använda för att kunna fortsätta förbättringsarbetet i jakten på bättre tjänster och produkter för våra kunder och patienter.

FAKTARUTA

Examensår: 2015

Namn: Patrick Nyquist

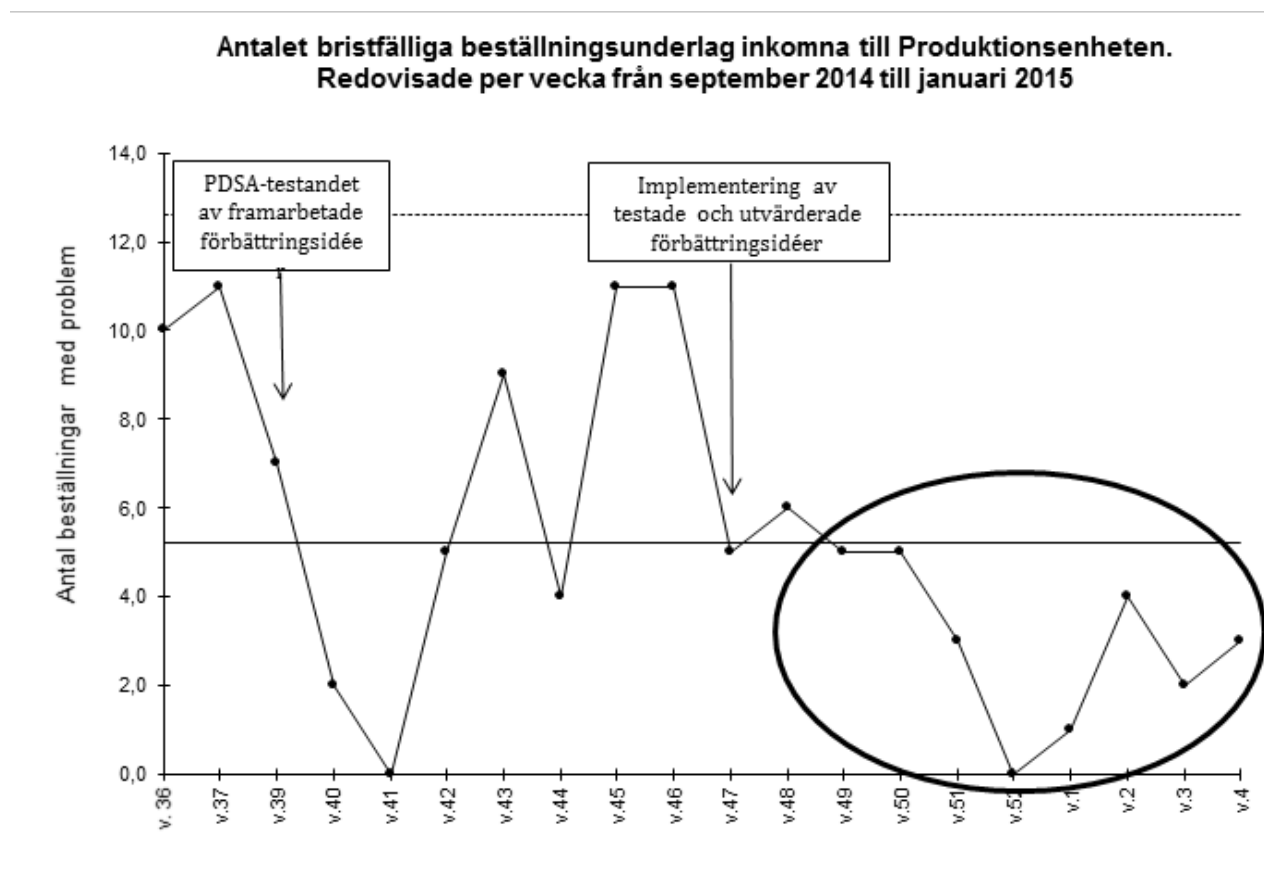
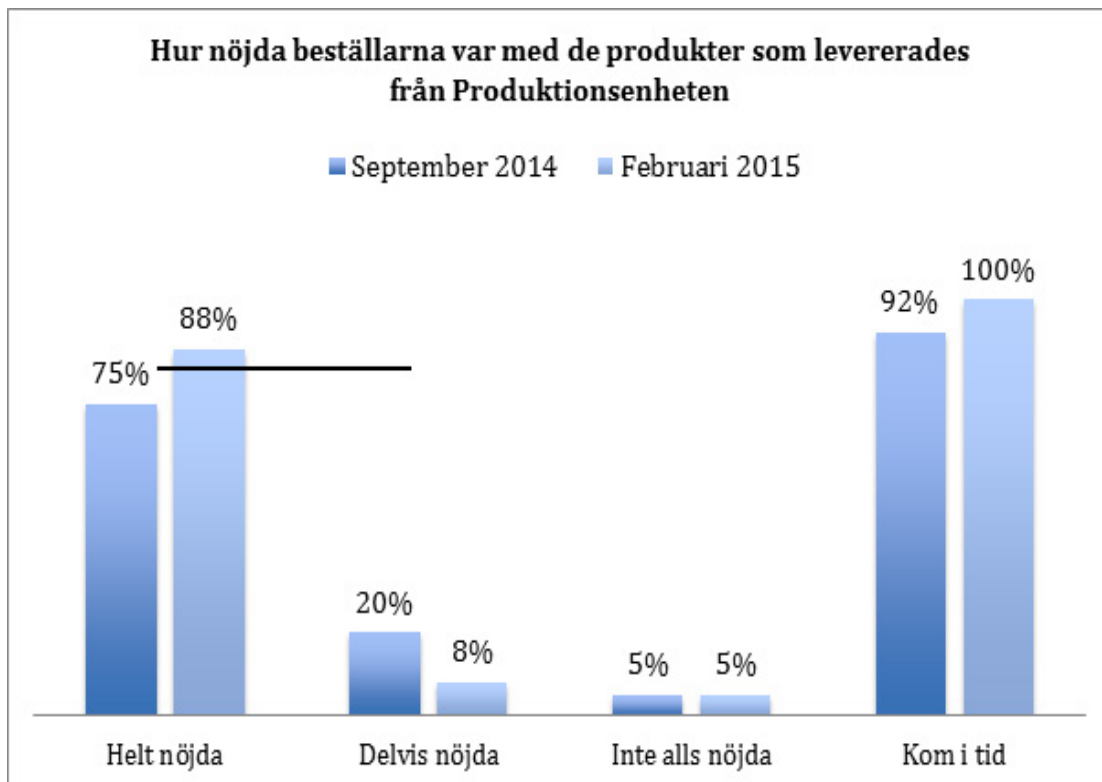
Email: patricknyquist84@hotmail.com

Arbetsgivare: TeamOlmed

Initiativ till utbildningen: Jag själv

Studera under arbetstid: Ja

Bilaga



Psychiatric educational campaign on non-suicidal self-injury at school

“The advantage of having a written protocol is that staff know how to respond to self-injury systematically and strategically.”

Walsh; 2006, 245

BACKGROUND

Non-suicidal self-injury (NSSI) debuts most often in middle adolescence between the ages of 12 and 15. The prevalence of the behaviour among adolescents is about 17-23%. School-staff are in a unique position to early identify adolescents who suffer from NSSI. A positive attitude, sound knowledge of the nature of the problem, confidence and a structural way to work with pupils who suffer from NSSI will help the school-staff to efficiently identify and help these youth.

PURPOSE

Development and implementation of a school-protocol for early identification and management of NSSI among pupils at a Swedish high school. A self-injury awareness training program was conducted for the school-staff in this pilot school as indicated in the protocol.

RESULTS

A school-protocol aimed at early detection and management of non-suicidal self-injury at school was prepared and implemented (on-going project). The awareness-training program was arranged as three sessions. Analyses of pre- and post-training questionnaires identified significant differences in knowledge, attitude and confidence in several questions, both in paired t-test and unpaired t-test of the school-staff after having completed the three sessions

NEXT STEP

Implantation of the protocol and the awareness program in a limited number of schools in the region will result in enough information for a scientific evaluation and possibility to decide if the protocol and the program are suitable for a wider use and implementation in whole region. A stress management program for adolescents at school is also planned as a future activity.

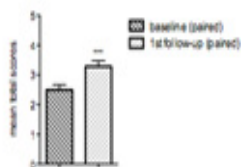


Figure 1. The result shows a significant positive change ($P < 0.0001$) between pre- and post-test responses regarding the statement "I feel knowledgeable about the area of self-injury". Responses were scored on a five-point Likert scale ranging from "I strongly disagree =1" to "I totally agree =5".

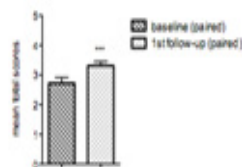


Figure 2. The result shows a significant positive change ($P < 0.0001$) between pre- and post-test responses regarding the statement "I am confident that I can help self-injuring adolescents". Responses were scored on a five-point Likert scale ranging from "I strongly disagree =1" to "I totally agree =5".

“Self-injury in middle and high school students should not be minimized or dismissed as “attention seeking” or “just a fad”.

Walsh, 2006, p.38

YEAR OF EXAMINATION: 2015

NAME: Simin F. Rymo

EMAIL: simin.rymo@gmail.com

Förbättringresan har bara börjat

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

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

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

Boel Andersson Gäre
Professor och Föreståndare

Marlene Ockander
Lektor och Enhetschef

JÖNKÖPING ACADEMY FOR IMPROVEMENT OF HEALTH AND WELFARE
BOX 1026 · 551 11 JÖNKÖPING TEL 036-10 13 15, 10 13 29 · FAX 036-10 11 80
INFO@JONKOPINGACADEMY.SE · WWW.JONKOPINGACADEMY.SE