



Årsbok 2025

Masterstudenternas årsbok 2025
Kvalitetsförbättring och Ledarskap
inom Hälsa och Välfärd

Innehåll

Förord

Amina Wentzel	Rätt använd kompetens genom ett digitalt styrning- och planeringsverktyg inom specialiserad hemsjukvård
Andrea Lindroos	Utbildningsinsatser utifrån journalgranskning och vårdavvikelser för att förebygga vårdskador i ambulanssjukvården
Anette Di Leo Falk	Hur kan vi minska avvikelserna på orena sterilpackade instrument från Sterilteknisk avdelning!
Anna Sundeman	Förkortat flöde vid palliativ strålbehandling
Anneli Forsgren	Stärkt personcentrering och lärande i primär vård genom tillgång till gemensam data – vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård
Caroline Törnkvist	Kvalitetsförbättring - Samskapande kring en standardiserad bedömningsmetod
Charlott Cronholm	Inplanerade anestesibedömningar utefter patientens behov
Elin Sahlberg	Metodstöd som syftar till att öka familjehemsplacerade barns delaktighet
Enes Vizlin	Förbättring av ergonomi och utvärdering av effekter
Jenny Brühn	Erbjuda digitalt mötesalternativ för att minska uteblivna fysiska besök
Jenny Olofsson	Utökat föräldraskapsstöd riktat till föräldrar med psykiatriska tillstånd
Jessica Hagström	Främja nollseparation och hud-mot-hudkontakt mellan mamma och barn

Karin Ekelund	Förbättringsarbete för att öka patientdelaktigheten för patienter med endometrios
Malin Robertsson Bly	Minskad väntan på läkartid för de sjukaste och sköraste genom ökad samverkan mellan Region och kommun
Maria Karlsson	Ökad förståelse och samarbete skapar bättre förutsättningar till stöd vid rehabiliterande insatser för äldre på särskilt boende (SÄBO)
Matilda Andersson	Stärka nyexaminerades förmåga att prioritera i sin vardag: att utveckla Region Jönköpings läns Introduktionsprogram för sjuksköterskor
Nash Behjet	Systematisk riskbedömning med MNA – ett steg mot minskad malnutrition på en lungmedicinsk avdelning
Natasa Cabraja	Bestämt tid för diagnosbesked till patienter inom lungcancerutredningen
Nour Mansour Kurt	Förkortade ledtider i Standardiserat vårdförlopp Huvud/hals malignitet möjliggör garantitider för diagnosbesked
Paula Mossbäck	Främja hälsa och livskvalitet hos diabetespatienter
Sara De Zylva	Mot en bättre patientupplevelse – Förbättring av nöjdhet och kvalitet i tandvården

Masterprogrammet i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd

syftar till att utveckla deltagarnas förmåga att leda förbättringsarbete inom hälsa och välfärd.

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

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

Vi, hela Avdelningen för kvalitetsförbättring och ledarskap/Jönköping Academys lärarteam, vill varmt gratulera er som just slutfört denna utbildning och kommit i mål! Det har varit en glädje att följa er på denna utvecklingsresa. Ni är viktiga och vi ser fram emot att se er med era nya färdigheter sätta avtryck både lokalt, nationellt och internationellt. Det finns så många kvalitetsbristgap som ska överbryggas! Ni påbörjade er utbildning under pandemin, vilken har givit både stora prövningar men också visat att det går att på kort tid ställa om och förändra arbetssätt på ett sätt som vi inte trodde var möjligt. Ta med den kraften in i kommande arbete. Samtidigt som vi måste måna om balansen mellan det privata livet, arbetslivet och tid för utbildning.

För den som vill mer, för den som känner att det skaver när vi inte gör vårt allra bästa, är det viktigt att ha goda vänner och ett sammanhang att hämta kraft ifrån. Vi vill gärna att ni, våra deltagare i masterutbildningen och andra intresserade, fortsätter att vara en del av Avdelningen för kvalitetsförbättring och ledarskap samt Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare och fortsätter hålla kontakten med oss. Det finns möjligheter att fortsätta sin resa efter masterutbildningen. Om studenten känner sig manad att gå vidare med att bedriva praktisk forskning om förbättringsarbete, så har Hälsohögskolan också forskarskolan Hälsa och välfärd. Därför säger vi: på återseende och stort lycka till framöver!

Eva-Mari Blomqvist
Avdelningschef och Programansvarig

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

Rätt använd kompetens genom ett digitalt styrning- och planeringsverktyg inom specialiserad hemsjukvård

Bakgrund

Just nu pågår flera omställningar inom svensk hälso- och sjukvård som bland annat syftar till att säkra kompetensförsörjning. Detta kan göras genom att se över arbetsuppgifter för att använda kompetens på mer effektivt sätt och digitalisera en del arbetsuppgifter med ny teknik i syfte att ge vårdpersonal ökad tid till kärnuppgiften. Förutom patientnära arbete handlar det om att öka kvaliteten på vården genom ständiga förbättringsarbeten vilket ökar värdet ur ett patientperspektiv. Förbättringsarbetet med införande av det digitala planeringsverktyget Epsilon genomfördes på en avdelning för specialiserad hemsjukvård i Mellansverige.

Patientinvolvering

Cirka fyrtio patienter är inskrivna på den aktuella avdelningen. Förbättringsarbetet syftar till att få mer tid till patientnära arbete samt tid till ständiga förbättringsarbeten för att öka kvaliteten på den utförda vården vilket är arbetets indirekta patientinvolvering.

Syfte och Mål

Rätt använd kompetens inom specialiserad hemsjukvård genom omfördelning av sjuksköterskeresurser från administrativa uppgifter i processen för bokning och planering till ökade resurser för verksamhetens kärnuppgifter.

Vid införandet av det digitala styrning och planeringsverktyget Epsilon skulle den dagliga bokning och planeringstiden för sjuksköterskor minska med 50% jämfört med tidigare manuell planering i Cosmics tidbok. Målet skulle vara uppnått senast den 1 februari 2025.

Förändringsidé

Digitalisera bokning-och planeringsprocessen för sjuksköterskorna med förhoppningen att den insparade tiden kan möjliggöra arbete med ständiga förbättringar för att öka vårdkvaliteten.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

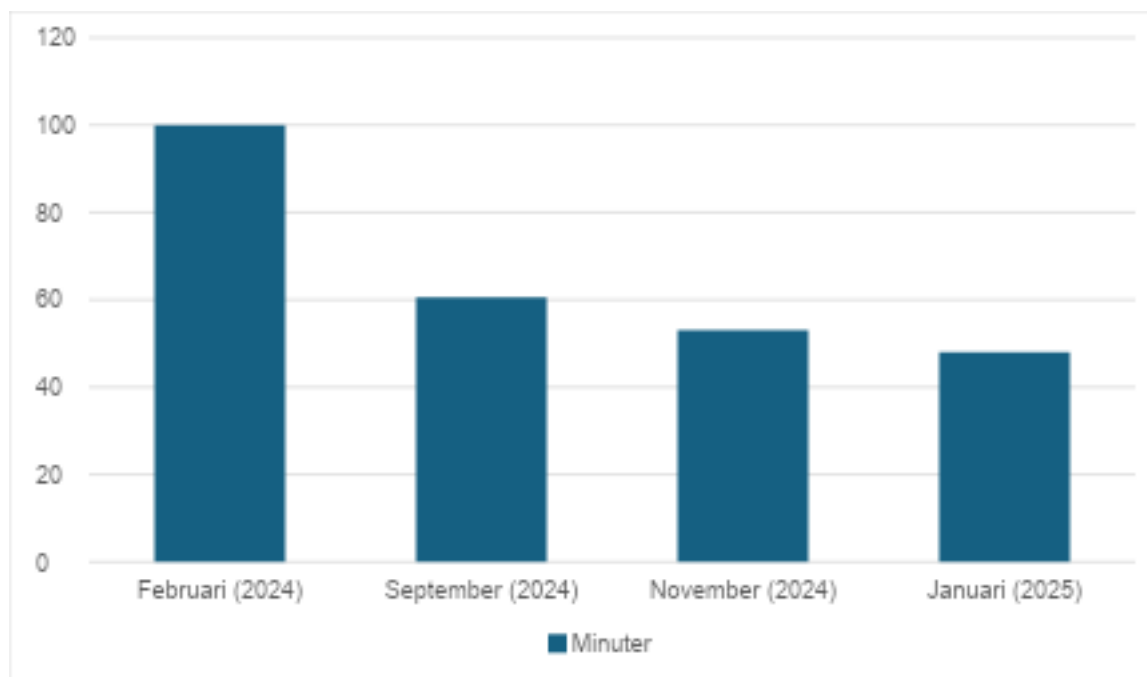
Baslinjemätning genomfördes under våren 2024 för att kartlägga hur mycket tid sjuksköterskorna använde vid manuell planering och bokning av hembesök per dag. Uppföljande tidmätningar genomfördes under hösten 2024 efter olika åtgärder testats och genomförts för att nå målet. Tidsåtgång för bokning och planering visas i figur 1.

Resultat

För att nå målet med 50% minskad bokning och planeringstid erbjöds personalen en digital utbildning i systemet under våren 2024. Verksamheten hade en två veckor lång övergångsperiod i juni 2024 där både det gamla bokningssystemet och det nya användes för en mjuk övergång. Det nya systemet krävde att avdelningen bytte ut samtliga mobiltelefoner för att fullt ut kunna använda de funktioner som var tänkt vilket gjordes i november 2024. Ytterligare nya arbetssätt krävdes för att nå målet. De nya arbetssätten möjliggjordes med hjälp av det digitala verktyget och resulterade i tyst rapport, egen tid för bokning och planering och avveckling av manuella pärmar vilket gjorde att målet med tidsminskning uppnåddes i januari 2025.

Figur 1

Antal minuter sjuksköterskorna använt för daglig planering februari 2024- januari 2025



Nästa steg

Som ett resultat av den insparade planeringstiden möjliggjordes avsatt tid om fyra timmar per månad för sex stycken förbättringsgrupper att planera och genomföra förbättringsarbeten på avdelningen. Det är en del av resultatet av vad omfördelning av sjuksköterskeresurser och rätt använd kompetens betyder i vår kontext. Fortsatt arbete i förbättringsgrupper och vidareutveckling av arbetssätt med ständiga förbättringar kommer pågå kontinuerligt. Avdelningens nya arbetssätt med förbättringsgrupper har spridits till grannavdelningen för ineliggande specialiserad palliativ vård (f.d Hospice).

Kontaktuppgifter

Namn: Amina Wentzel

Email: miiinaa_@hotmail.com

Arbetsgivare: Region Uppsala

Enhet: Akademiska sjukhuset, Palliativt centrum

Utbildningsinsatser utifrån journalgranskning och vårdavvikelser för att förebygga vårdskador i ambulanssjukvården

Bakgrund

Internationellt drabbas 6–10 % av patienter av vårdskador, och i Sverige drabbas 100 000 patienten årligen. Hög patientsäkerhet kräver systematiskt patientsäkerhetsarbete och omfattar bland annat egenkontroller. Inom ambulanssjukvården i Region Stockholm sker egenkontroller genom utredning av vårdavvikelser och markörbaserad journalgranskning (MJG). Ambulanspersonal upplever bristande återkoppling på sitt utförda arbete, vilket försvårar lärande och förebyggande av oönskade återupprepningar. Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB) har närmare 1000 medarbetare och utförde under 2024 över 200 000 uppdrag. Förbättringsarbetet syftade till att återkoppla resultat från utredning av vårdavvikelser och MJG till ambulanspersonal.

Patientinvolvering

En baslinjemätning visade lågt engagemang hos ambulanspersonal till återkoppling och utbildningsinsatser baserade på vårdavvikelser och MJG. Förbättringsarbetet fokuserade på att stärka detta engagemang genom att använda synpunkter, klagomål och vårdavvikelser från patienter, närstående och vårdgivare, samt MJG, som underlag för att främja lärande.

Syfte och Mål

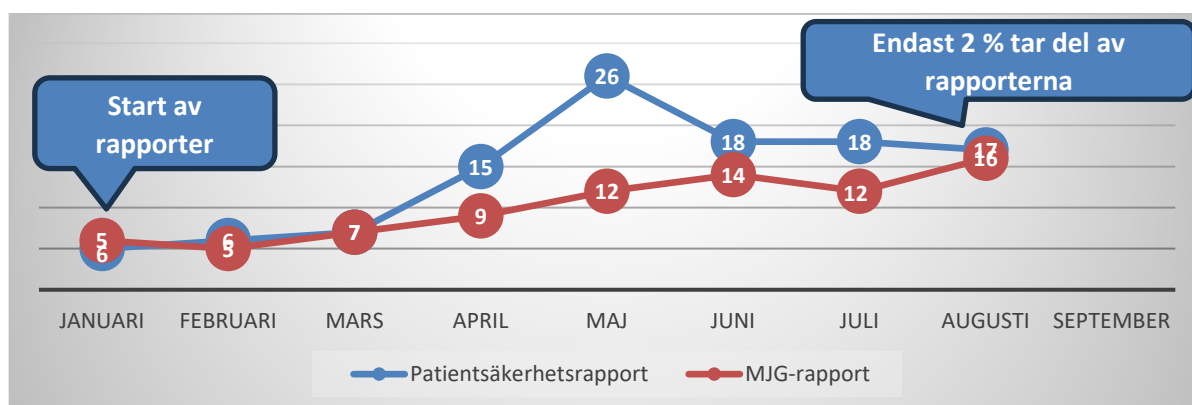
Syftet med förbättringsarbetet var att förebygga vårdskador inom ambulanssjukvården genom utbildningsinsatser baserade på resultat från vårdavvikelser och MJG. Målet var att öka andelen ambulanspersonal som tar del av resultaten från ursprungliga 2 % till minst 10 % före årsskiftet 2024/2025. Detta för att främja lärande samt säkerhetskulturen, och därmed även patientsäkerheten.

Förändringsidé

För att åstadkomma förbättringar publicerades Patientsäkerhetsrapporter med resultat från vårdavvikelser och MJG månatligen på intranätet. Veckobrev skickades ut med en länk till rapporterna och översiktlig information. Vid APT genomfördes reflektioner, både fysiskt och digitalt, med stöd av rapporter och avvikelsefilmer. Vidare inkluderades patientsäkerhetsutbildning för nyanställd ambulanspersonal, där autentiska patientfall från vårdavvikelser och MJG användes i reflektionsövningar.

Figur 1

Linjediagram med baslinjemätning av antal medarbetare som öppnat rapporterna per månad 2024

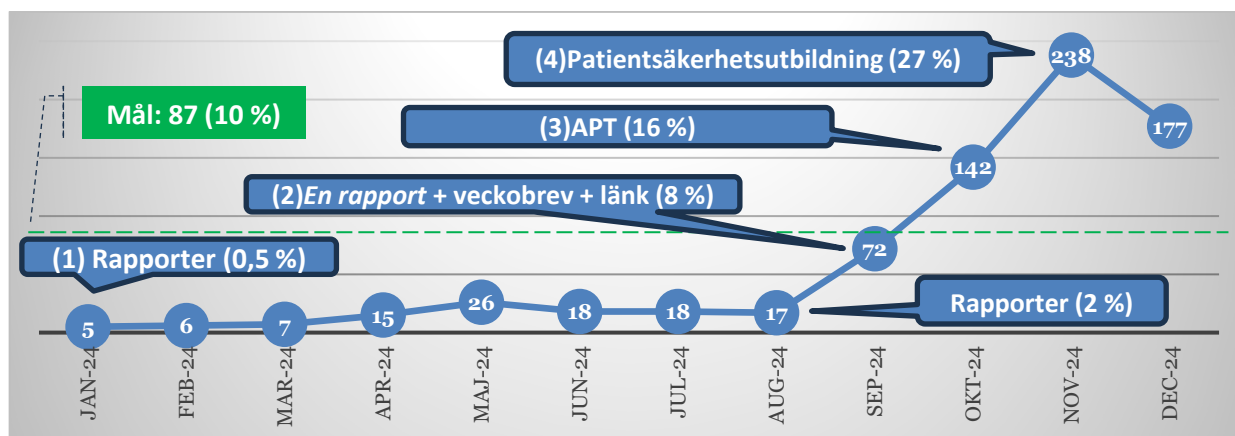


Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att följa förbättringsarbetet över tid och identifiera om förändring blev förbättring användes linjediagram för att visualisera antalet ambulanspersonal som tog del av Patientsäkerhetsrapporterna varje månad, se Figur 2.

Figur 2

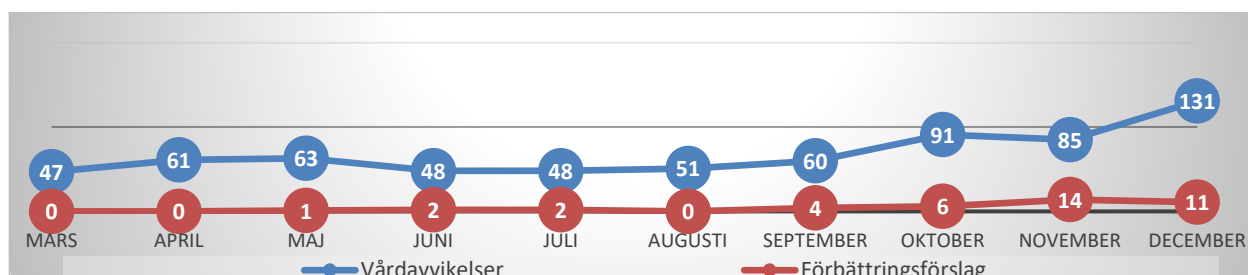
Linjediagram av de 4 utbildningsinsatserna och antal medarbetare som tagit del av resultaten från dessa under 2024



För att mäta om förbättringsarbetets utbildningsinsatser påverkade ambulanspersonalens säkerhetskultur, har ambulanspersonalens benägenhet att avvikelserapportera parallellt följts, se Figur 3.

Figur 3

Linjediagram för resultat av antal rapporterade interna vårdavvikelser och förbättringsförslag från ambulanspersonal per månad under 2024



Resultat

Resultaten visade att olika utbildningsinsatser och metoder för spridning av dessa, ökade andelen personal som tog del av resultat från MJG och vårdavvikelser från initiala 2 % till 27 % efter genomförandet av samtliga fyra utbildningsinsatser. Antal vårdavvikelser och förbättringsförslag rapporterade av ambulanspersonal ökade i takt med utbildningsinsatserna, vilket tyder på ökad säkerhetskultur.

Nästa steg

Förbättringsarbetet visade att utbildningsinsatser baserade på MJG och vårdavvikelser kan stärka lärande inom ambulanssjukvården. Utbildningsinsatser uppskattas av ambulanspersonalen och främjar såväl säkerhetskulturen som patientsäkerheten. Framöver planeras utveckling av utbildningsinsatser för att ytterligare stärka lärandet utifrån verksamhetens- och ambulanspersonalens behov.

Kontaktuppgifter

Namn: Andrea Lindroos

Email: andrealindroos@outlook.com

Arbetsgivare: Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB)

Enhet: Vårdkvalitet- och patientsäkerhet

Hur kan vi minska avvikelserna på orena sterilpackade instrument från Sterilteknisk avdelning!

Bakgrund

Operationssjuksköterskan (Op ssk) ansvarar bland annat för kontroll av de kirurgiska instrumenten inför operation, att de är rena, sterila och stämmer till antal. Under 2024 har Op ssk på ortopedoperation (Ort op) rapporterat många avvikelser på Sterilteknisk avdelning (STA) gällande orena sterilpackade instrument som har påverkat Op ssk arbetsmiljö med ökad stress samt operationsflödet och patientsäkerheten negativt. Nio patienter drabbades under hösten 2024 av ombokade operationstider till annan dag eller framskjuten operationstid senare samma dag, men också av byte till annan operationsmetod, då sterila instrument inte fanns tillgängliga. Förbättringsarbetet genomfördes på Sterilteknisk avdelning (STA) i samarbete med operationsavdelningen

Patientinvolvering

Inga synpunkter har inhämtats från patienter eller brukare i detta förbättringsarbete då det krävs specifik kunskap om rengöring och steriliseringsprocessen på STA. Inte ens professioner på sjukhuset har kunskap om den komplexa verksamheten på STA, alla steg i steriliseringsprocessen och vad som krävs för att leverera ett sterilt instrument.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet är att öka patientsäkerheten på Ort op genom att antalet orena sterilpackade instrument från STA minskar samt att det tvärprofessionella samarbetet mellan STA och Ort op förbättras. Målet är att avvikelserna minskar från 54 avvikelser på två kvartal till noll avvikelser på orena sterilpackade instrument från STA till Ort op till den 30 april 2025 genom fler ronderingar från STA för avhämtning av smutsiga instrument på Ort op, ökade kontroller i steriliseringsprocessen och förbättrat samarbete mellan STA och Ort op.

Förändringsidé

PDSA 1. Föreläsning för sterilteknisk personal om ortopedisk kirurgi, om hur orena sterilpackade instrument påverkar operationsflödet (omplanering av operationer), patientsäkerheten, arbetsmiljön och patienterna negativt. Föreläsningen gavs för att bidra till diskussion om lösningar för att minska problemet med att orena sterilpackade instrument levereras till operationsavdelningen.

PDSA 2: Kontrollåtgärd: 4 ögonkontroll som innebär att två personer (istället för en person) kontrollerar instrumenten efter diskrengöring

PDSA 3: Arbetssätt: Logistikpersonal följer operationsprogrammet och hämtar smutsiga instrument direkt efter operationsslut samt extra personal i diskrengöringen

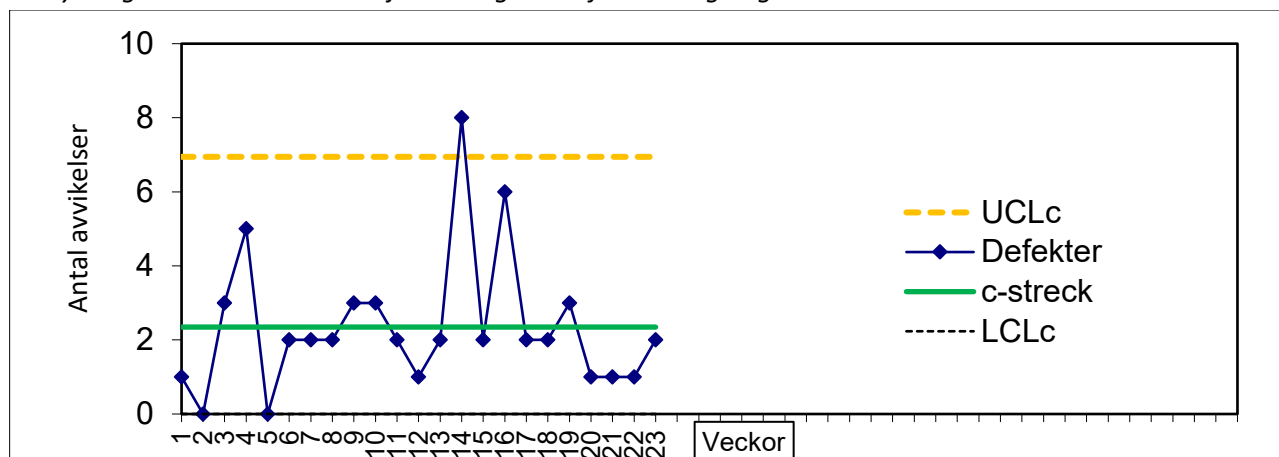
PDSA 4: Rutiner:Handledning av samtlig personal på sterilteknisk avdelning för att säkra följsamheten till rutiner i diskrengöringen

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Två styrdiagram upprättades, där det första avser baslinjemätning, innan förbättringsåtgärderna sätts in och ett styrdiagram som följer förändringarna över tid. I figur 1 syns baslinjemätningen på avvikelser per vecka från vecka 1 till 23 år 2024. I figur 2 syns förändringarna över tid från vecka 24 till 52, år 2024 med fler avvikelser per vecka än innan start av de olika PDSA hjulen. Förändringarna har inte lett till någon förbättring.

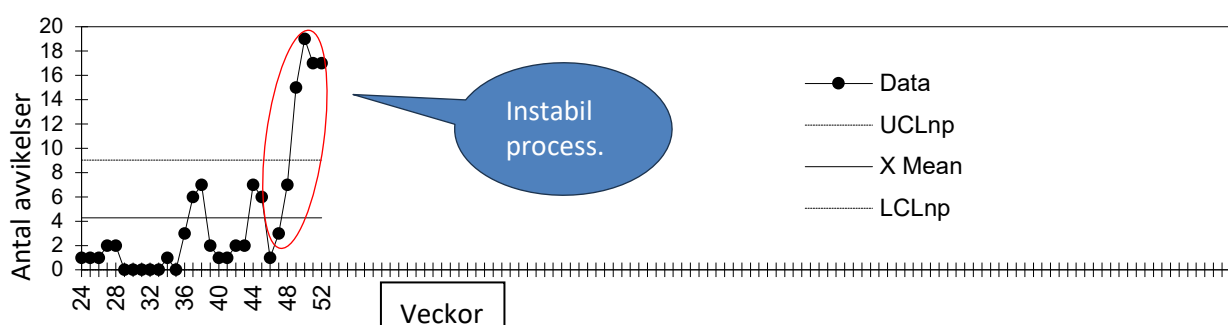
Figur 1.

Antal avvikelser på orena instrument som kommer sterilpackade från STA till Ortopedoperation. Detta är ett C- styrdiagram som avser baslinjemätning innan förbättringsåtgärder sätts in av STA



Figur 2.

XmR styrdiagram på rapporterade avvikelser från Op ssk på STA v 24 till v 52 efter att förbättringsåtgärder satts in av STA. Sex punkter i sekvens ökar, en instabil process



Resultat

Resultatet av förbättringsåtgärderna som sattes in av STA, fick negativ effekt, med fler avvikelser på orena instrument än innan åtgärderna sattes in. STA har fortfarande den 5 april 2025 brister i följsamhet till rutiner i diskrengöringen och problem med att smutsiga instrument står för länge innan rengöringen startar. PDSA 2 som innebär 4 ögonkontroll av instrumentens renhet, startade v 24, inför semesterperioden med neddragen operationsverksamhet visar ett positivt resultat vecka 24–35 med minskat antal avvikelser. Dock ökade avvikelserna igen när produktionen återgick till normal kapacitet från vecka 36. En riskanalys av STA påbörjades vecka 43 med teammedlemmar från olika verksamheter, STA, Ort op, Logistik och Vårdhygien. Samarbetet har varit positivt och lett fram till ökad förståelse för varandras utmaningar och förbättrat samarbete mellan STA och Ort op samt bidragit till att STA tagit fram en åtgärdsplan för 2025 för att åtgärda problemen. **Slutsats:** Det finns utmaningar att genomföra ett förbättringsarbete i en annan verksamhet utan möjlighet att följa upp, mäta eller coacha den personal som ska genomföra förbättringarna.

Nästa steg

Nästa steg i det här förbättringsarbetet är att övervaka avvikelserna från ortopedoperation på STA, att orena sterilpackade instrument från STA minskar! Problemen på STA som beskrivs i detta förbättringsarbete, är inte ett isolerat problem på ett sjukhus inom region Stockholm, det finns på fler STA inom regionen och med all säkerhet nationellt, då det också beskrivs i flera vetenskapliga studier.

Kontaktuppgifter

Namn: Anette Di Leo Falk

Email: anette.dileo@gmail.com

Förkortat flöde vid palliativ strålbehandling

Bakgrund

Patienter med cancer som har spritt sig till skelettet besväras ofta av smärtor och strålbehandling kan vara en effektiv smärtstillande behandlingsmetod. På strålbehandlingsavdelningen vid Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm får dessa patienter först genomgå en datortomografi (CT) i dosplaneringssyfte och återkomma efter cirka fem dagar för behandling. Det innebär två besök på sjukhuset och möte med olika sjuksköterskor vid de två besöken. Vid behov av akut behandling kan strålförberedande CT utföras samma dag som behandling men med längre väntan emellan. Ny teknik har möjliggjort att man skulle kunna undvika strålförberedande CT och i stället ta motsvarande röntgenbilder direkt på behandlingsapparaten.

Patientinvolvering

Som grund till detta förbättringsarbete har tidigare genomförda studier använts där man tittat på patienters önskan när det gäller antal vårdtillfällen samt projektgruppens samlade erfarenheter från samtal med patienter i liknande situation.

Syfte och Mål

Förbättringsarbetet syftade till att kunna ge patienter som ska få strålbehandling mot skelettmetastaser ett smidigt behandlingsflöde med minskat antal sjukhusbesök samt förbättrad kontinuitet. Om förbättringsarbetet föll väl ut kan sekundära vinster bli kortare väntetid på behandling då det enbart behövdes en bokad tid på avdelningen samt positiva miljö- och resursaspekter i form av minskat resande från hemort till sjukhus och minskat antal resurser involverade på sjukhuset.

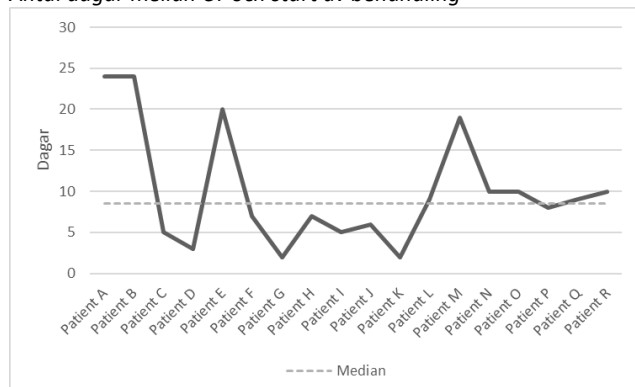
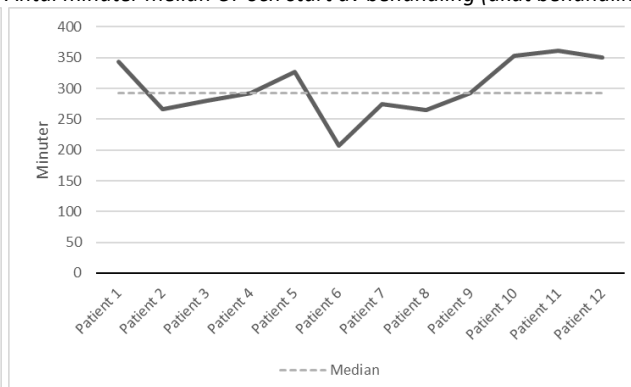
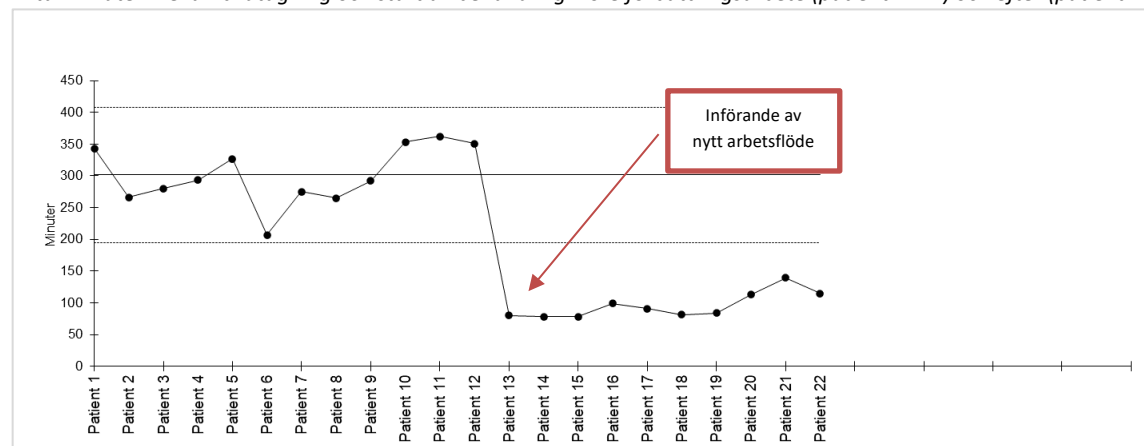
Målet med förbättringsarbetet var att genom en förändrad process kunna erbjuda dessa patienter en förberedelse- och behandlingstid på maximalt 1h samt omhändertas av maximalt två sjuksköterskor vid förberedelser och start av behandling. Målet har varit att uppfylla detta för 100% av patienterna som behandlas i det nya flödet från och med februari 2025.

Förändringsidé

Förbättringen som utfördes var att ta fram ett nytt flödesschema för denna typ av behandling. Det gamla flödet som tog cirka en vecka ersattes med ett nytt flöde som beräknas ta 1 timma. Utöver en ny bildtagningsmodell byggde även det förkortade flödet på ett teambaserat arbete med direkta kommunikationsvägar utan fördröjning. I det kortade flödet är det samma sjuksköterskor som tar de röntgenbilder som behövs för dosplanering som sedan ger behandlingen vilket även leder till förbättrad kontinuitet. Patienten kan ligga kvar på behandlingsbordet under hela processen vilket kan minimera smärtsamma förflyttningar.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Två baslinjemätningar utfördes innan förbättringsarbetet. Antal dagar mellan CT och start av behandling vid planerad behandling, patient A-R (Figur 1) och antal timmar mellan CT och start av behandling vid akut behandling, patient 1–12 (Figur 2). För att kunna utvärdera förbättringsarbetets nya flöde gjordes en tidsjämförelse mellan de som gjort CT och behandling samma dag (akut flöde) med de patienter som ingått i förbättringsarbetet, patient 13-22. Detta presenteras i form av ett styrdiagram i figur 3.

Figur 1*Antal dagar mellan CT och start av behandling***Figur 2***Antal minuter mellan CT och start av behandling (akut behandling)***Figur 3***Antal minuter mellan bildtagning och start av behandling. Före förbättringsarbete (patient 1–12) och efter (patient 13–22)*

I styrdiagrammet kan tydligt utläsas att tiden från bildtagning till start av behandling minskat markant efter införandet av det nya flödet.

Resultat

Resultatet visar att det går att korta behandlingstiden avsevärt. Målet att behandla inom en timme har inte uppnåtts under mätperioden. Detta kan förklaras med att vissa arbetsuppgifter utförs av annan profession än tidigare och det finns en utbildningskurva som gör att det i början tar längre tid än förväntat. Det har även identifierats att det finns svaga länkar mellan de olika aktiviteterna då det trots uppsatt teamarbete blir viss väntetid. Båda dessa iakttagelser är hanterbara och målet att utföra detta inom 1h kvarstår.

Nästa steg

Nästa steg blir att optimera flödet ytterligare. Det finns AI-teknik som skulle kunna användas för att snabba på flödet. Framför allt gäller det den del som handlar om dospanering, där möjlighet finns att skapa templates och mallar som underlättar arbetet.

Kontaktuppgifter

Namn: Anna Sundeman

Email: anna.sundeman@regionstockholm.se

Arbetsgivare: Karolinska Universitetssjukhuset

Enhet: ME Strålbehandling

Stärkt personcentrering och lärande i primär vård genom tillgång till gemensam data – vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård

Bakgrund

Förbättringsarbetet genomfördes vid vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård i Jönköpings län för att säkerställa en mer samordnad och sammanhållen vård för ca 13 900 patienter/brukare (3,5% av länsinvånarna). En kartläggning av nuläget hos samverkansaktörerna, vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård i Jönköpings län, visade på variationer i arbetssätt och pekade på behovet av bättre samverkan på ledningsnivå för en stärkt personcentrering och gemensam utveckling av vårdprocesser. Identifierat förbättringsområde var en lärande uppföljning baserad på gemensamma resultat för att tillsammans driva lokala utvecklingsarbeten, samt behov av strukturerad mötesagenda för stärkt samverkan.

Patientinvolvering

Tidigare studier visar på värdet av personcentrering och samordnad vård för patienter som har insatser från både kommunal och regional primärvård. Förbättringsarbetets målgrupp benämns i förbättringsarbetet Esther. Esther är en Persona som används för stärka att vård och omsorg ska utgå från personens perspektiv.

Syfte och Mål

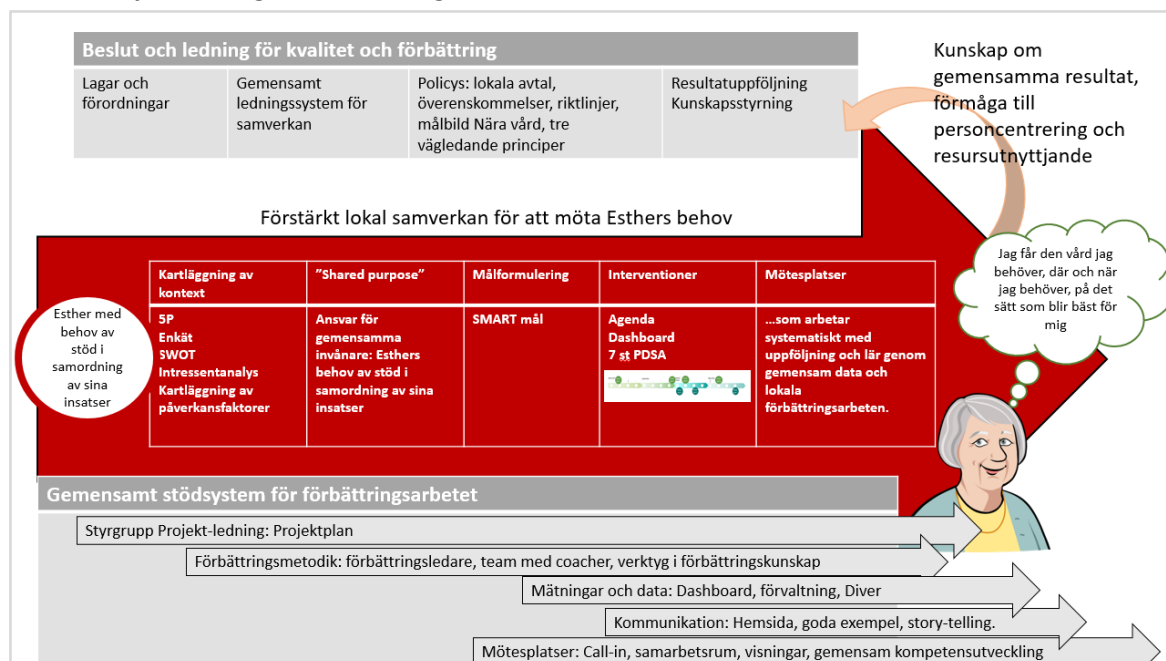
Syftet var att genom datadrivet interorganisatoriskt lärande med Esthers perspektiv i centrum, uppnå en personcentrerad och samordnad primär vård. Målet för förbättringsarbetet var att till 2024-12-31 ha framtagen dashboard som visualiserar nulägen i gemensamma mätetal som stödjer personcentrering och samordnad vård, samt strukturerad agenda där dessa resultat följs upp i regelbundna mötesplatser som en del i stödet för förstärkt lokal samverkan för samtliga kommuner och vårdcentraler i Jönköpings län.

Förändringsidé

Förändringsidén var att använda data för reflektion, där samverkansaktörerna kan identifiera sina kvalitetsgap, sätta mål och genomföra förbättringar i mikrosystemen kring Esther från båda vårdgivarna. För att åstadkomma förbättring genomfördes kartläggning av behov. Interventioner utfördes i PDSA-cykler, följt av uppföljning av effekterna. Verksamheterna fick stöd i förbättringskunskap och metoder från ett team.

Figur 1

Illustration över förbättringsarbetets design och metoder

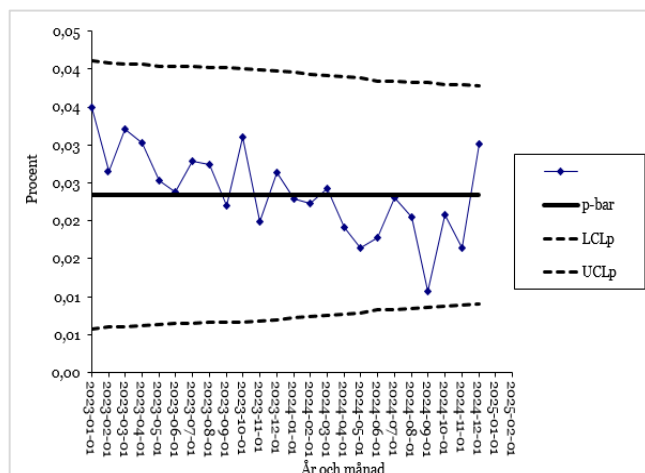


Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Figurerna 2 och 3 visar utvecklingen i tre pilotkommuner i Jönköpings län, jan 2023 till feb 2025

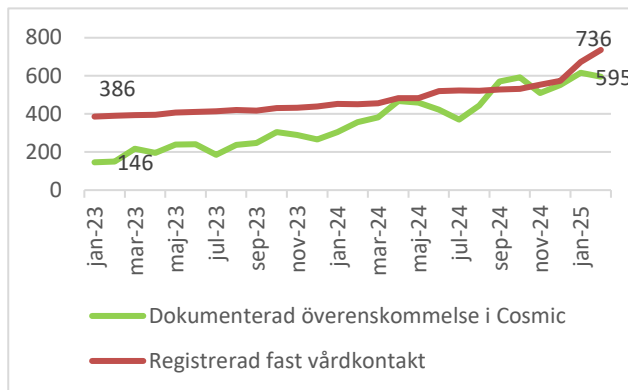
Figur 2

Antal oplanerade återinskrivningar per 100 inskrivna i hemsjukvård



Figur 3

Antal samverkanspatienter med dokumenterad överenskommelse respektive registrerad fast vårdkontakt



Kommentar. Y-axel anger antal patienter, x-axel månad och år.

Resultat

Dashboard och strukturerad agenda togs fram, där tre kommuner med vårdcentraler utgjorde pilotkommuner. En av slutsatserna är att det krävs samsyn och nya arbetssätt för att arbeta med datadrivna möten i samverkan. Grundarbete behövs med täta avstämningar, framförallt initialt. Ett av de första stegen är att säkerställa att registreringar av vårdåtagande är korrekta i dashboard för att kunna följa och agera på resultaten på grupp- och personnivå. Att läsa, tolka och analysera data tillsammans, är ett lärande i sig. Lärande och insikter till det fortsatta arbetet är att i takt med ökat användande och lärande uppföljning krävs förutsättningar för samarbete och kompetensutveckling genom utbildningsinsatser i de lokala teamen nära Esther. Detta för att uppnå ökad effektivitet och samarbete i nuvarande arbetsprocesser. Utbildningsbehov möts ibland bäst lokalt, ibland med fördel på läns-/region-nivå. Aktörerna uttrycker behov av fortsatt coachande stöd och erbjudande av gemensamma call-in samt att från makronivå erbjuda stöd till förbättringsarbete för att utveckla teamens insatser nära Esther.

Nästa steg

En lärdom av förbättringsarbetet är vikten av gemensamt stödsystem, och att detta manifesterar Esther-fokus och samverkan. En andra lärdom är vikten av uttalad ambition, efterfrågan och riktning från ledning på läns-/regionnivå som stöd till stärkt samverkan på mesonivå. Under 2025 finns fortsatt tillgång till stödresurser i förbättringskunskap och metoder för länets alla kommuner och vårdcentraler. En enkätuppföljning görs våren 2025 av arbetet förstärkt lokal samverkan och medicinsk samverkan och läkaruppdrag i ordinärt och särskilt boende. Resultatet av uppföljningen ligger till grund för kommande länsövergripande överenskommelse. Vårdval i Region Jönköpings läns årliga förbättringsarbete 2025 för samtliga vårdcentraler ska vara grundat från data i dashboard. Viktiga kommande steg är att inkludera metoder för att lokal ledning systematiskt får Esthers berättelse och upplevelse av samordnad vård som del i dataunderlaget, för att fortsatt utveckla personcentrering med och för Esther och hennes anhöriga.

Kontaktuppgifter

Namn: Anneli Forsgren

Email: anneli.forsgren@rjl.se

Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Kommunal utveckling

Hemsida: <https://kommunalutveckling.nu/> samt <https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se>

Kvalitetsförbättring - Samskapande kring en standardiserad bedömningsmetod

Bakgrund

Socialtjänstens missbruksvård i Jönköpings kommun arbetar med den evidensbaserade standardiserade bedömningsmetoden Addition Severity Index, ASI. Metoden används i utredningsarbete tillsammans med de cirka 300 brukare som årligen får stöd på grund av skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika eller spel om pengar. Ett förbättringsarbete kring ASI har genomförts i verksamheten. Arbetet har utgått från en nulägesanalys där både medarbetare och ledning konstaterat behov av att stärka användningen av verktyget, för att tillvarata kunskap och säkerställa kvalitetsförbättring för både brukare och verksamhet. Förbättringsarbetet bygger på antagandet om att det finns en innovationskraft i vardagens processer.

Brukarinvolvering

Brukarstyrda målbilder för hur personer med egen erfarenhet beskriver önskat stöd och bemötande har varit återkommande utgångspunkt för reflektion (hämtat från Narkotikautredningen 2023). Under en workshop möttes brukarråd och medarbetare för dialog om vad som skapar kvalitet i mötet med socialtjänsten.

Syfte och Mål

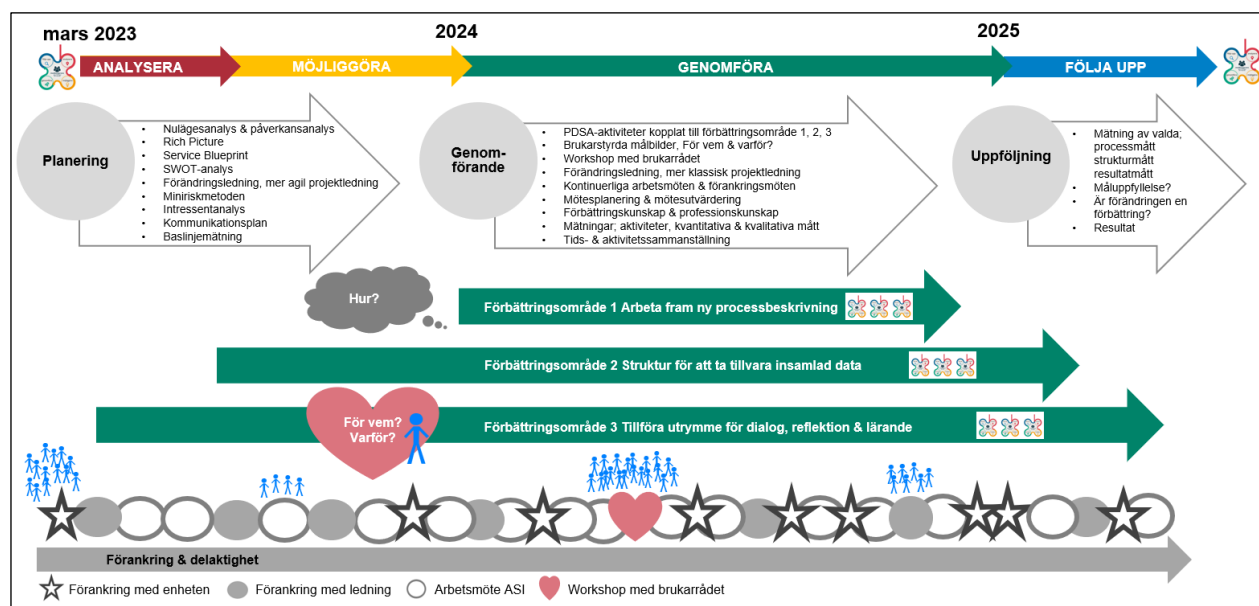
Förbättringsarbetets syfte har varit att öka användning, agerande och förståelse kring den standardiserade bedömningsmetodens betydelse för kvalitet för brukare inom socialtjänstens missbruksvård. Genom förtydligade processer, struktur och dialog har målet varit att fler ASI Grundintervjuer ska genomföras tillsammans med brukare, inom socialtjänstens missbruksvård i Jönköpings kommun, under 2024 än under 2023.

Förändringsidé

Förbättringsarbetet har utgått från frågeställningarna; För vem? Varför? och Hur? Aktiviteter har genomförts genom tre parallella förbättringsområden; arbeta fram ny processbeskrivning (1), struktur för att ta tillvara insamlad data (2) samt tillföra utrymme för dialog, reflektion och lärande (3). Förbättringsarbetets design sammanfattas i Figur 1.

Figur 1

Förbättringsarbetets design



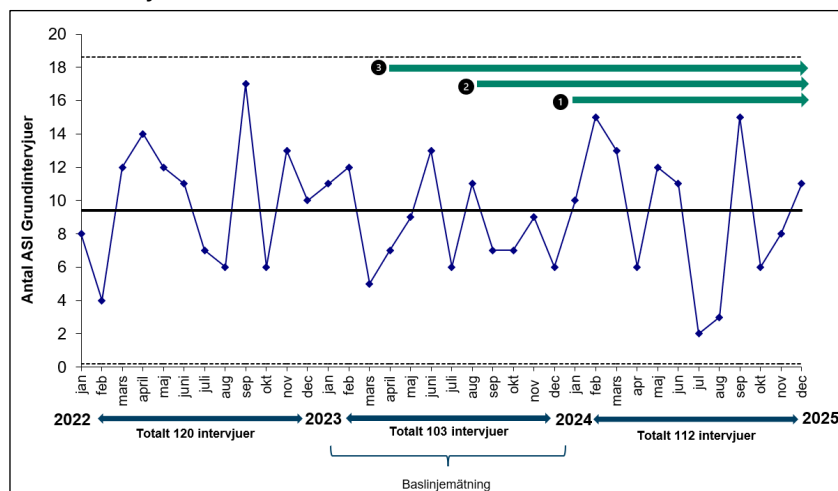
Kommentar. Visualisering av tidsplan, förbättringsområden, metoder och aktiviteter.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Antal genomförda ASI Grundintervjuer har följts månadsvis och på årsbasis (Figur 2). Måttet har också följts i förhållande till antal ASI Bortfall Grundintervjuer som registrerats 2023 och 2024 (Figur 3).

Figur 2

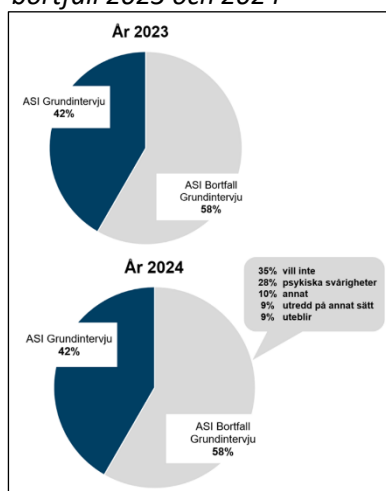
Grundintervjuer månadsvis 2022–2024



Kommentar. Styrdiagram över antal intervjuer månadsvis. Figuren innefattar också baslinjemätning för antal intervjuer på årsbasis samt tidslinjer för respektive förbättringsområde; processbeskrivning (1) tillvarata data (2) dialog, reflektion och lärande (3).

Figur 3

Andel intervjuer respektive bortfall 2023 och 2024



Kommentar. Fördelning mellan kategorierna. I figuren finns också andelsförhållande mellan orsaker till bortfall 2024.

Resultat

Förbättringsarbetet har resulterat i att ett stort antal tillfällen och aktiviteter för samskapande kring ASI och kvalitet tillförts verksamheten (Figur 1). En ny processbeskrivning har arbetats fram, en årsstruktur för arbetet med insamlad data och mötestillfällen för dialog och reflektion har prövats. Förbättringsarbetets mål att genomföra fler ASI Grundintervjuer 2024 än 2023 har nåtts. En statistisk säkerställd förbättring kan dock inte bekräftas (se styrdiagram Figur 2). Förhållandet mellan andel genomförda ASI Grundintervjuer respektive registrerade ASI Bortfall Grundintervjuer är identiskt 2024 och 2023 (Figur 3). Sammanställd data för registrerade bortfall under 2024 har bidragit till förståelse gällande metodens användning (Figur 3). Kunskapen om bortfallen blir en central parameter i slutsats och värdering av förbättringsarbetets resultat. Att använda metoden mer innebär inte per automatik en kvalitetsförbättring för den enskilde brukaren.

Nästa steg

Samskapandet har ökat förståelsen för ASI som ett verktyg för kvalitetsförbättring för både brukare och verksamhet. Engagemanget för metoden har vuxit och verksamheten kommer att fortsätta arbeta med den prövade årsstrukturen för ASI-arbetet också kommande år. Under förbättringsarbetet har mätning av användning varit ett av flera verktyg. Samtidigt är den viktigaste lärdomen för kommande förbättringsarbeten att kvalitetsarbete, i socialtjänstens evidensbaserade praktik, alltid behöver förstås utifrån både användning av metoder och bortfall. Kvantitativa mätningar behöver också kompletteras med kvalitativa berättelser för att säkerställa reell kvalitetsförbättring för brukaren.

Kontaktuppgifter

Namn: Caroline Törnkvist

Email: caroline.tornkvist@jonkoping.se

Arbetsgivare: Socialförvaltningen, Jönköpings kommun

Inplanerade anestesibedömningar utefter patientens behov

Bakgrund

Inför operation genomgår alla patienter en preoperativ bedömning, där vårdgivaren anestesilogiskt bedömer deras hälsa och väljer lämplig anestesimetod baserat på tillgänglig journal, provsvar och patientens egen berättelse av sitt hälsotillstånd. Förbättringsarbetet genomfördes på Kungälvssjukhus anestesijukssköterskeledda preoperativa mottagningen för dagkirurgiska patienter. En dagkirurgisk operation innebär att patienten planeras för operation och hemgång samma dag. Årligen genomförs drygt 1100 bedömningar på Kungälvssjukhus preoperativa mottagning. Innan förändringen hade mottagningen endast drop-in verksamhet, vilket resulterade i ojämnt patientflöde och stress för patienter och personal.

Patientinvolvering

Under våren 2024 erbjöds patienter, efter genomförd operation, att svara på en enkät om sin upplevelse av den preoperativa mottagningen och om de hellre hade önskat en annan samtalsform, antingen telefon eller digitalt. Av 52 svarande föredrog 20 patienter en annan samtalsform.

Syfte och Mål

Syftet var att förbättra processen kring de preoperativa bedömningarna genom att etablera en planerad och jämnt fördelad verksamhet samt anpassa formen av anestesibedömningen utifrån patienternas medicinska behov. Målet var att genom att selektera operationsanmälda patienter i tre olika anestesibedömningsspår; fysisk, digital och journal ska 70% av anestesibedömningarna på Kungälvssjukhus preoperativa mottagning bokas och planeras in. Detta mål skulle vara uppnått senast 31/1–2025.

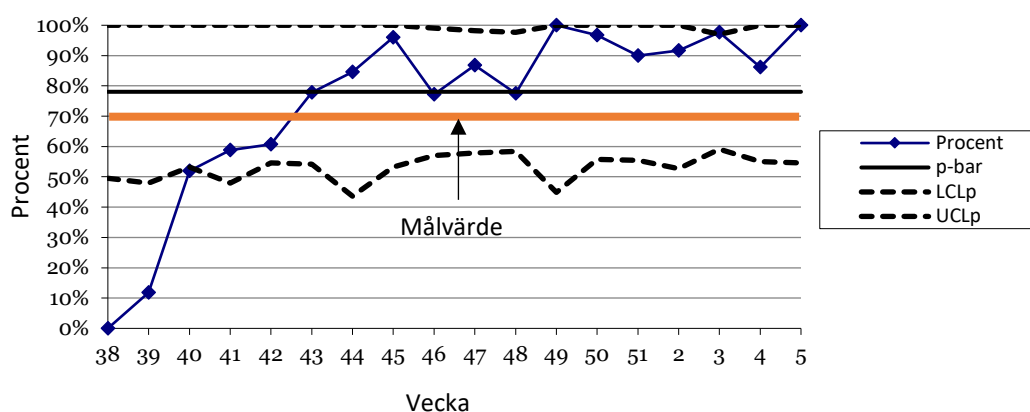
Förändringsidé

Det preoperativa teamet samlades för att skapa en bättre struktur för Kungälvssjukhus preoperativa mottagning genom att utgå från patientens medicinska behov vid anestesibedömning. De patienter med minst medicinskt behov planerades för journalbedömning, de patienter som bedömdes ha behov av ett samtal bokades till ett digitalt besök medan de patienterna med mer medicinskt behov bokades för ett fysiskt besök. Drop-in verksamheten fanns kvar för de sjukaste och högst prioriterade patienterna där anestesibedömningen behövde genomföras skyndsamt. För att informera journalbedömda patienter samt kalla patienter till fysiska möten skapades en enhet i 1177. En enhet för digitala möten etablerades i Vård och Hälsa.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

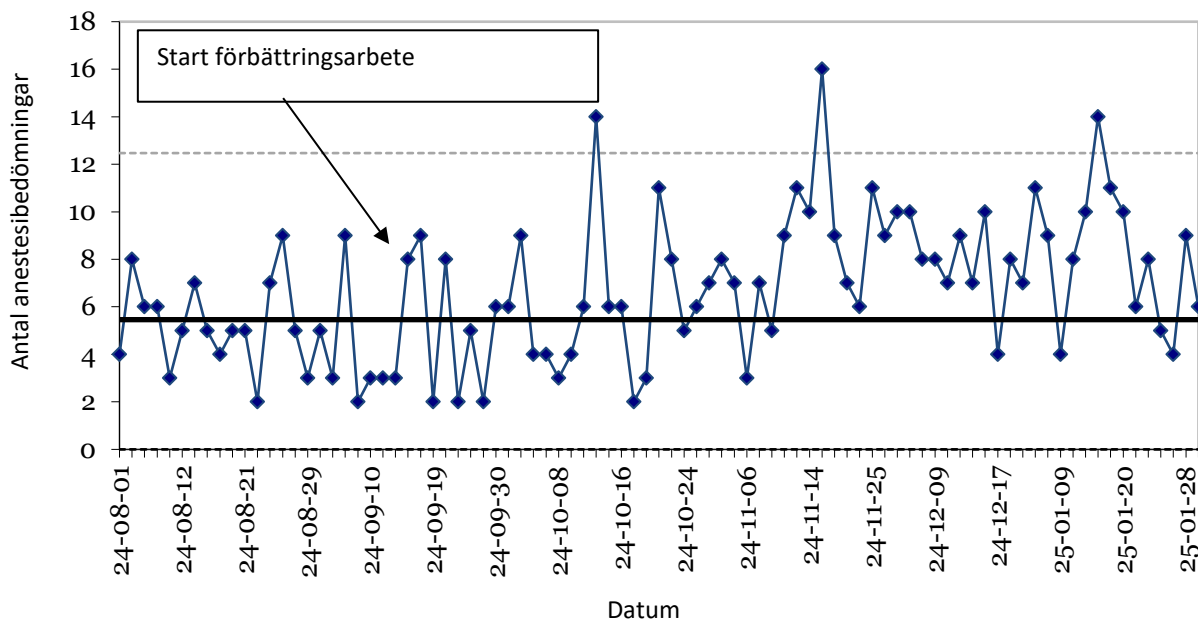
Figur 1

Utfall av andel inplanerade preoperativa bedömningar per vecka



Figur 2

Genomförda preoperativa bedömningar per dag



Förändringen följdes genom att mäta andel inplanerade preoperativa bedömningar per vecka (Figur 1) samt hur många bedömningar som genomfördes de dagar med öppen preoperativ mottagning (Figur 2).

Resultat

Förbättringsarbets mål med 70% planerad verksamhet uppnåddes (se Figur 1). Antalet preoperativa bedömningar per dag fick inte en jämnare fördelning men det gick att urskilja att antalet dagar med få genomförda bedömningar per dag minskade med tiden (se Figur 2). Dagar med färre genomförda bedömningar längre in i förbättringsarbetet kunde härledas till att möjliga patienter att bedöma minskade i antal. Sammantaget upplevde anestesijuksköterskorna att de kunde prioritera mer tid för de sjukaste och mer oroliga patienterna utan att känna stress av väntande drop-in patienter. Efter operation erbjöds patienter att svara på en enkät om de var nöjda över sättet de hade blivit preoperativt bedömda (se Figur 3). 81% svarade att de var nöjda.

Nästa steg

De digitala samtalen har haft en del tekniska problem men den preoperativa mottagningen planerar att förfinas och utveckla det digitala spåret då både patienter och medarbetare uppskattade den formen av samtal. Intresse har visats från närliggande sjukhus och förhoppningen är att arbetssättet kan spridas till andra preoperativa mottagningar.

Kontaktuppgifter

Namn: Charlott Cronholm

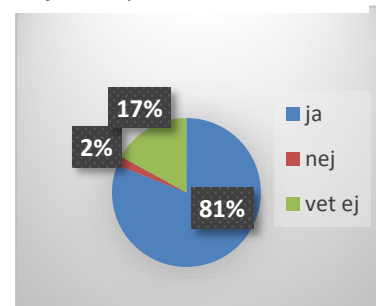
Email: charlott.cronholm@vgregion.se

Arbetsgivare: Sjukhusen i väster

Enhet: Kungälv's operation

Figur 3

Utfall av patientenkät



Metodstöd som syftar till att öka familjehemsplacerade barns delaktighet

Bakgrund

Det är socialtjänstens ansvar att främja barns delaktighet och möjlighet att vara bärare av sina egna rättigheter. Delaktigheten är en förutsättning för att socialtjänstens insatser ska lyckas att möta barnens behov på bästa sätt. Trots det finns det forskning som visar att socialsekreterare kan känna sig osäkra i att göra barn delaktiga. Det har även visat sig att socialsekreterare har olika syn på vad delaktighet innebär. Barn- och unga enheten Karlsborgs kommun påvisade ett behov att öka familjehemsplacerade barns delaktighet. Kommunen är liten till sin storlek varför förbättringsarbetet omfattar en låg volym av familjehemsplacerade barn.

Brukarinvolvering

Under förarbetet till förbättringsarbetet intervjuades unga vuxna som tidigare varit placerade av aktuell kommun. Intervjuunderlaget blev grunden för framtagande av ett metodstöd till socialsekreterarna. Under förbättringsarbetet utgjorde barnsamtal med nuvarande familjehemsplacerade barn en central del, där barnen fått svara på frågor om sin upplevelse kring delaktighet i sin familjehemsvård.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet för förbättringsarbetet var: Genom att socialsekreterare tillämpar framtaget metodstöd i barnsamtal med familjehemsplacerade barn, skall barnets upplevda delaktighet kring sin egen familjehemsvård öka.

Målet för förbättringsarbetet var: Genom förbättrat arbetssätt för socialsekreterare, dvs ta fram metodstöd och implementera detta. Så ska samtliga familjehemsplacerade barn i aktuell kommun från och med 1 oktober 2024 till och med 31 januari 2025 ha fått ta del av det nya metodstödet under minst ett barnsamtal med sin socialsekreterare.

Förändringsidé

En kartläggning innehållande bla påverkansanalys, SWOT-analys och fiskbensdiagram genomfördes för att identifiera förbättringsidéer. Det resulterade i flera förbättringsidéer som utfördes enligt Nolans förbättringsmodell och med hjälp av PDSA kunde testas, följas upp och utvärderas:

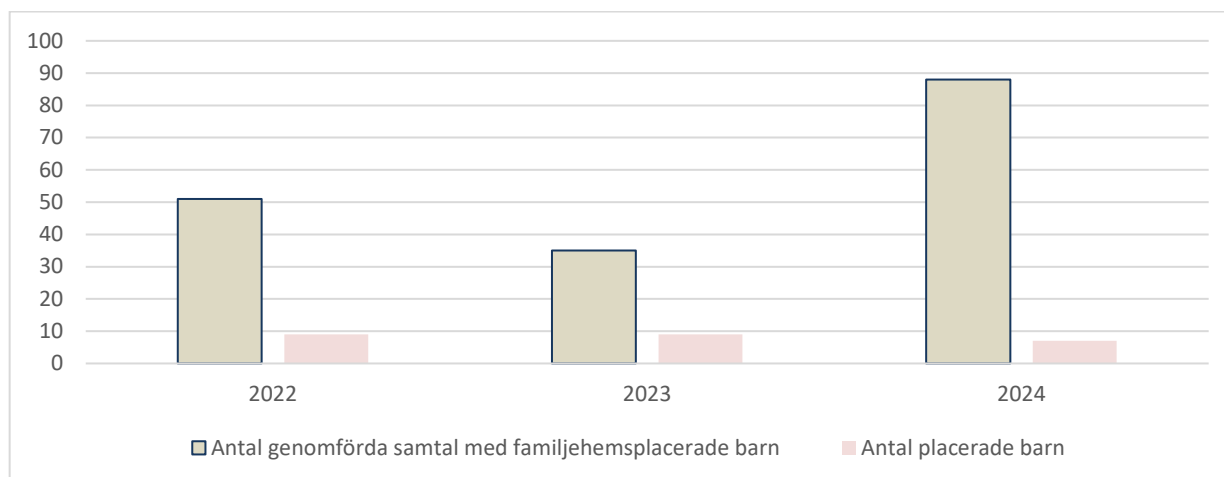
- Öka barns upplevda delaktighet
- Öka frekvens av barnsamtal
- Socialsekreterare tillämpar framtaget metodstöd som skattas efter användning

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att veta om förändringen ledde till en förbättring utfördes en enkätmätning före implementering av metodstöd respektive efter implementering. Familjehemsplacerade barn skattade sin upplevelse av delaktighet. Parallellt fick socialsekreterare skatta sin upplevelse av tillämpning av metodstödet. Frekvens av barnsamtal var en annan faktor som mättes under förbättringsarbetet.

Figur 1

Frekvens av barnsamtal med familjehemsplacerade barn år: 2022–2024.



Resultat

Ökad frekvens av barnsamtal har uppnåtts under förbättringsarbetet. Barnenkäten visade att nuvarande placeringar upplever en högre grad av delaktighet i sin vård än de unga vuxna som intervjuats i förarbetet. Det är viktigt att ha i åtanke att de tidigare barn som varit placerade har uppnått en ålder och mognad idag som inte går att likställa med de placerade barn som svarat på enkäten, varför en diskrepans av svaren inte är förvånande. Socialsekreterarna tillämpade inte skattningarna på det sätt som var avsett. Dock poängterade socialsekreterarna att de tagit avstamp i metodstödet, vilket varit hjälpsamt på många sätt i samtliga typer av barnsamtal (inte bara i samtal med barn som är familjehemsplacerade).

Förbättringsteamet är eniga om att förbättringsarbetet ökat en medvetenhet kring målgruppen och deras delaktighet som påverkat deras arbetsmetoder och inställning på ett positivt sätt i deras utförande.

Nästa steg

Nästa steg är att utöka tillämpningen av metodstödet på Barn och ungaenheten kopplat till nya barnavårdsutredningar likväl pågående insatser (inte bara familjehemsplaceringar). Arbetet med att utveckla och förbättra brukares delaktighet är ett ständigt pågående arbete varför metodstödet bara är en liten del i den stora kontexten.

Kontaktuppgifter

Namn: Elin Sahlberg

Email: Elin.Sahlberg@icloud.com

Arbetsgivare: Askersund kommun

Förbättring av ergonomi och utvärdering av effekter

Bakgrund

Detta förbättringsprojekt genomförs inom bilindustri på sitsavdelning. Avdelningen drabbas ofta av sjukfrånvaro och hög personalomsättning vilket negativt påverkar arbetarnas hälsa, välmående och i slutändan produktkvalitet. Arbetarna på sits klagade specifikt mycket på en arbetsstation FSC08 [Front Seat Cushion nr.08] där sittdyna sätts ihop med chassi. Många av de 52 arbetare på avdelningen har känt obehag och arbetssjukdom från arbete på stationen. Därför ansågs förbättringen vara nödvändig, dels för att muntra upp arbetarna dels bidra till deras välmående och hälsa på kort och lång sikt, men också utvärdera produktkvalitet som kan komma att påverkas av förändrade ergonomiska förutsättningar.

Brukarinvolvering

Arbetarnas erfarenheter av arbete på FSC08 dokumenterades genom korta intervjuer och enkätundersökning. Visat intresse kring arbetarnas upplevelse bidrog till ökat engagemang hos brukare på sits och ett utarbetat förbättringsförslag presenterades. Arbetarna utvärderade nytt arbetssätt vilket mottogs med entusiasm. Även utvärdering av åsikter efter förändringen upplevdes positivt.

Syfte och Mål

Övergripande syfte med detta förändringsarbete är att öka arbetarnas tillfredsställelse, minska negativa hälsoeffekter av arbete på stationen samt förbättra produktkvalitet. Resultat av förändringen analyseras genom enkätundersökning efter den planerade förändringen under 2025, V20. För att veta om förändringen blev en förbättring upprättas ett mål om att arbete på stationen upplevs lättare än på 80 % av övriga stationer.

Förändringsidé

Idé bakom förändringen är att justera arbetsstationens position liksom arbetarens position så att monteringsmoment kan utföras utifrån en ergonomiskt lämplig kroppsposition och därmed kraftigt minska den ergonomiska belastningen. Idén uppstod från medvetenhet om faktorer som kraftigt kan påverka ergonomi. Dessa faktorer avsedda att förbättras finns i listade nedan i tabell 1.

Tabell 1

Ergonomiska belastningsfaktorer som påverkas av förändringen

Faktor	Påverkas av förändringen
Arbetsställningar	Ja
Arbetsrörelser	Ja
Manuell hantering	Ja
Repetitivt arbete	Nej
Handintensivt arbete	Ja
Synförhållanden som kan påverka arbetsställningarna och arbetsrörelserna negativt	Ja

Kommentar. Innan ändringen bedömdes dessa faktorer negativt påverka ergonomi

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Kortsiktiga mätningar och observationer tyder på att det är en förbättring i jämförelse med tidigare upplägg av arbete vilket framgår ur genomförd enkätundersökning, presenterad i figur 1-2. De flesta anser att arbete på FSC08 är nu lättare än på övriga stationer. Utifrån arbetarnas åsikter och ergonomisk analys av företaget genom RAMP II metod, ett analysverktyg för ergonomisk analys, så framgår det tydligt att förändringen blev en tydlig förbättring. RAMP II är analysverktyg avsett för en fördjupad analys och bedömning av belastningsergonomiska riskfaktorer vid arbete som innefattar manuell hantering och som kan öka risken för belastningsbesvär.

Figur 1:

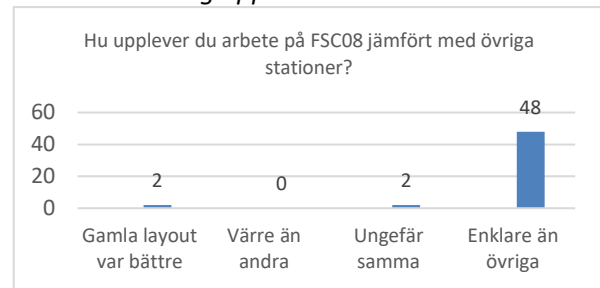
Upplevelse av nytt arbetssätt



Kommentar. Arbetarnas åsikter om nytt arbetssätt

Figur 2:

Arbetsbelastning upplevt av arbetare



Kommentar: Upplevelse av att arbeta på FSC08 i jämförelse med andra stationer

Resultat

Utifrån figur 1 och figur 2 framgår resultat att förändringen uppfattas som förbättring. Arbetarna upplever det föreslagna arbetssättet som avsevärd förbättring och ser entusiastiskt framemot implementering av nytt arbetssätt. I Figur 1 framgår också att det finns visst förändringsmotstånd av dem arbetarna som uttryckte ovilja att testa något nytt. Övergripande slutsats är att förändringen kommer resultera med ergonomisk förbättring för arbetarna på sits. Detta stöds av företagets ergonom som analyserat och identifierat förbättringsmöjligheter med nytt arbetssätt. Ergonomen har också klassificerat nuvarande belastningsergonomi som röd i RAMP II analys. För att studera effekter av förändrat arbetssätt med RAMP II krävs omfattande analys, vilket bedöms som lämpligt att genomföra först efter förändringen.

Nästa steg

Från företaget sida spreds idén av förbättringen på stationen FSC08 vidare till mer omfattande förändringsplan av hela produktionslinan på sits. Detta innebär att flera olika arbetssätt planeras att förändras på flera stationer vilket förhoppningsvist kan förenas med ergonomisk tänkande under planeringsfasen och skrivning av arbetsrutiner. Det finns ytterligare risker att start kan förskjutas ytterligare främst pga. lansering av ny produkt. Det finns också fördelar med lansering av ny produkt i form av acceptans hos anställda eftersom det blir enklare att presentera nya förändrade arbetssätt. Anställda kan då uppfatta förändringen som nödvändig och förenas med nya arbetssätt. Lärdomar är att i en komplex och global organisation där effektivitet, lönsamhet och omsättning är prioriterade aspekter är det ytterst svårt att påverka externa ledningens beslut. Externa ledningen strävar emot att öka effektivitet genom eliminering av s.k. slöserier i termer av *Lean Manufacturing*.

Kontaktuppgifter

Namn: Enes Vizlin

Email: enes.vizlin@gmail.com

Erbjuda digitalt mötesalternativ för att minska uteblivna fysiska besök

Bakgrund

Förbättringsarbetet har utförts på en rehabmottagning på Carlanderska Sjukhuset och innefattar uteblivna besök som är en utmaning vilket påverkar både patienter och vårdgivare. Under 2024 hade rehabmottagningen 11797 besök. Av dessa var 522 uteblivna besök, d.v.s. patienter som inte förhöll sig till avbokningsreglerna att avboka inom 24 h innan besöket. Uteblivna besök kan för patienten leda till fördröjd återhämtning, minskad livskvalitet och ökade vårdkostnader. För vårdgivare innebär detta ineffektiv resursanvändning och svårigheter att planera. Förbättringsarbetet initierades för att öka närvaron och minska uteblivna besök vilka låg högre hos rehabmottagningen än övriga mottagningar på Carlanderska sjukhuset.

Patient involvering

För att inhämta patienternas åsikter om det förändrade arbetssättet genomfördes intervjuer och enkäter med patienter som deltagit i digitala besök. Detta syftade till att förstå deras erfarenheter och synpunkter på den nya metoden.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att minska andel uteblivna besök på rehabmottagning. Genom att patienter gavs möjlighet att konvertera från fysiskt till digitalt besök skulle uteblivna patientbesök på aktuell rehabmottagning minska med 50 % jämfört med föregående år. Målet skulle vara uppnått senast 31 mars 2025.

Förändringsidé

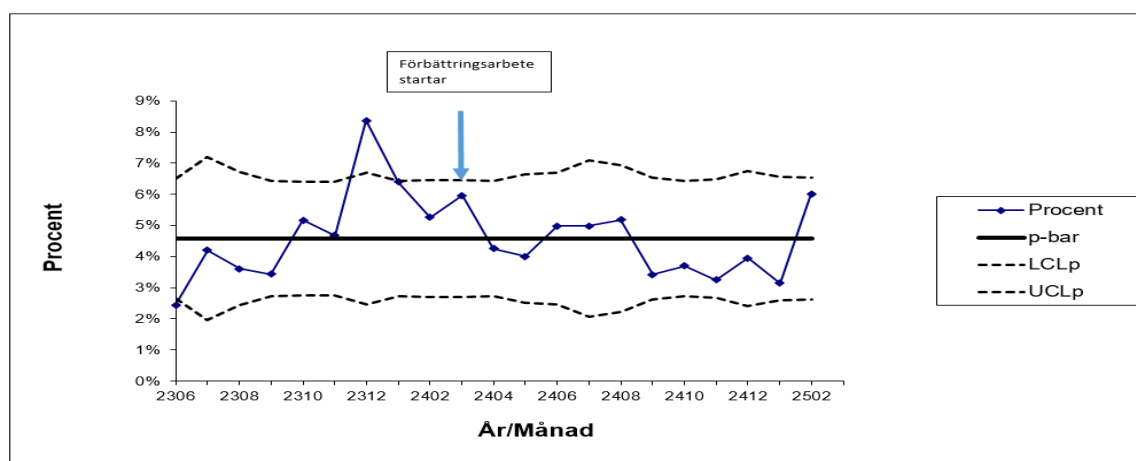
En påverkansanalys genomfördes för att identifiera förbättringsidéer. Analysen resulterade i tre förbättringsidéer som testades enligt PGSA metoden. Se figur 1. Dessa förbättringsidéer ledde till att testa ett nytt arbetssätt för fysioterapeuterna och arbetsterapeuterna. Att erbjuda patienter som hade bokat ett fysiskt besök som inte kunde närvara på grund av sjukdom, VAB (eller annan frånvaro) möjlighet att omvandla sitt besök till ett digitalt möte samma dag.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Effekten av förbättringsarbetet följdes med statistik över uteblivna besök. Förhoppningen var att se en minskning av uteblivna besök, detta redovisas i ett styrdiagram enligt figur 1.

Figur 1

Styrdiagram över uteblivna besök

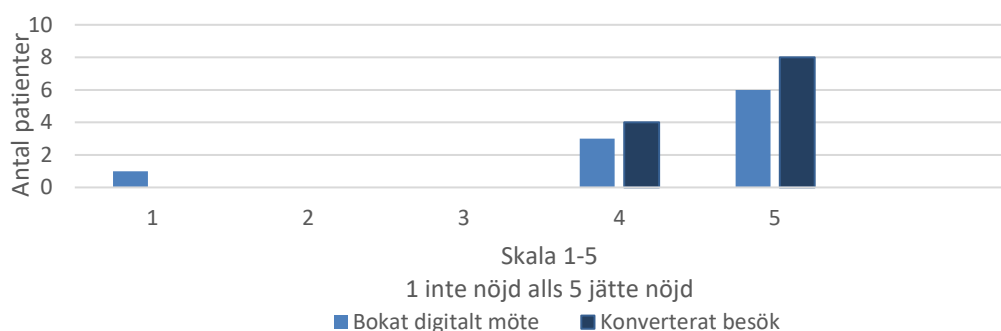


Resultat

Målsättningen att minska andel uteblivna besök med 50 % jämförelsevis med 2023 uppnåddes inte. Dock syntes sedan införandet av förbättringsarbetet enligt diagram i figur 1 en förändring jämförelsevis med hur diagrammet tidigare sett ut. Med hjälp av förbättringsarbetet ser de ut som det är på väg åt rätt håll med att minska uteblivna besök, det behövs dock mer tid för att kunna se ett tydligare resultat. Den observerade variationen i februari 2024 är relaterad till känd orsak (sjukdom och VAB hos patienter och personal). Under förbättringsarbetets period sågs en ökning av digitala besök. Det är möjligt att fler patienter fick upp ögonen för att kunna ha sitt möte med fysioterapeut och arbetsterapeut digitalt. Utifrån intervjuer och enkätsvar med patienter upplevdes det digitala mötet och möjlighet att kunna konvertera sitt fysiska besök till digitalt möte som positivt.

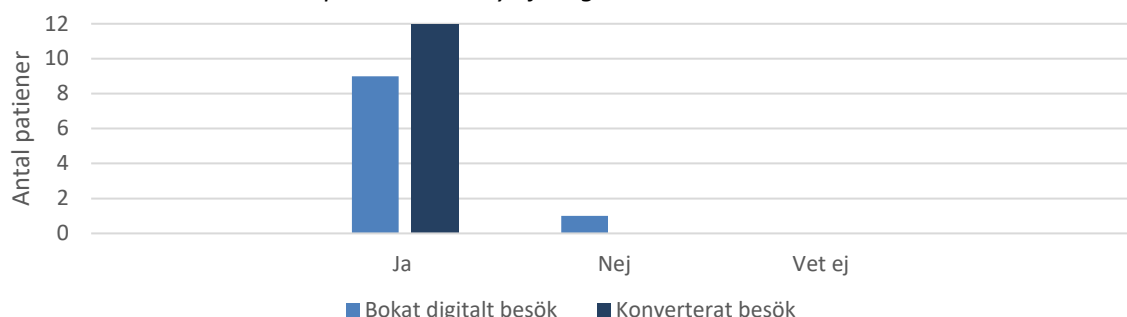
Figur 2

Patients skattning av digitala besök



Figur 3

Rekommendationer till andra patienter att nyttja digitala besök



Nästa steg

Lärdomarna från förbättringsarbetet är att problem kan upptäckas även vid små tester. Framtidsplanerna för Carlanderska rehabmottagning inkluderar att fortsätta arbeta för att minska uteblivna besök, främst genom att utveckla kontaktsätt utifrån patienternas behov och aktivt följa upp patienter som inte kommer.

Kontaktuppgifter

Namn: Jenny Brühn

Email: bruhnj0911@gmail.com

Arbetsgivare: Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset

Enhet: Staben /Kvalitet

Hemsidan: www.carlanderska.se

Utökat föräldraskapsstöd riktat till föräldrar med psykiatriska tillstånd

Bakgrund

I Sverige uppskattas cirka var tredje vårdsökande inom vuxenpsykiatri ha barn under 18 år, vilket i Jönköpings län innebär cirka 5000 individer. Barn som anhöriga har, jämfört med barn i allmänhet, ökad andel riskfaktorer. Psykiatriska tillstånd blir en riskfaktor om föräldern får svårt att tillgodose barnets behov. Förbättringsarbetet syftar till att upprätta och erbjuda en kontaktväg mellan Region Jönköpings läns vuxenpsykiatri och barnhälsovård (BHV) på familjecentralen. Detta skapar förutsättningar för att föräldrar med psykiatriska tillstånd erbjuds förebyggande stöd för föräldraskapet så att barn får möjlighet att växa upp med föräldrar som förmår att ge dem ett tryggt omhändertagande. Förbättringsarbetet omfattar 13 enheter inom länets vuxenpsykiatri samt tre geografiskt tillhörande familjecentraler.

Involvering av personer med egen erfarenhet av psykiatriska tillstånd och föräldraskap (peers)

Två peers har medverkat vid bland annat planeringsfas, framtagande av material och utbildning. Deras medverkan tillförde ett erfarenhetsbaserat och känslomässigt perspektiv till förbättringsarbetet, en viktig del i att skapa insatser tänkta åt patienter.

Syfte och Mål

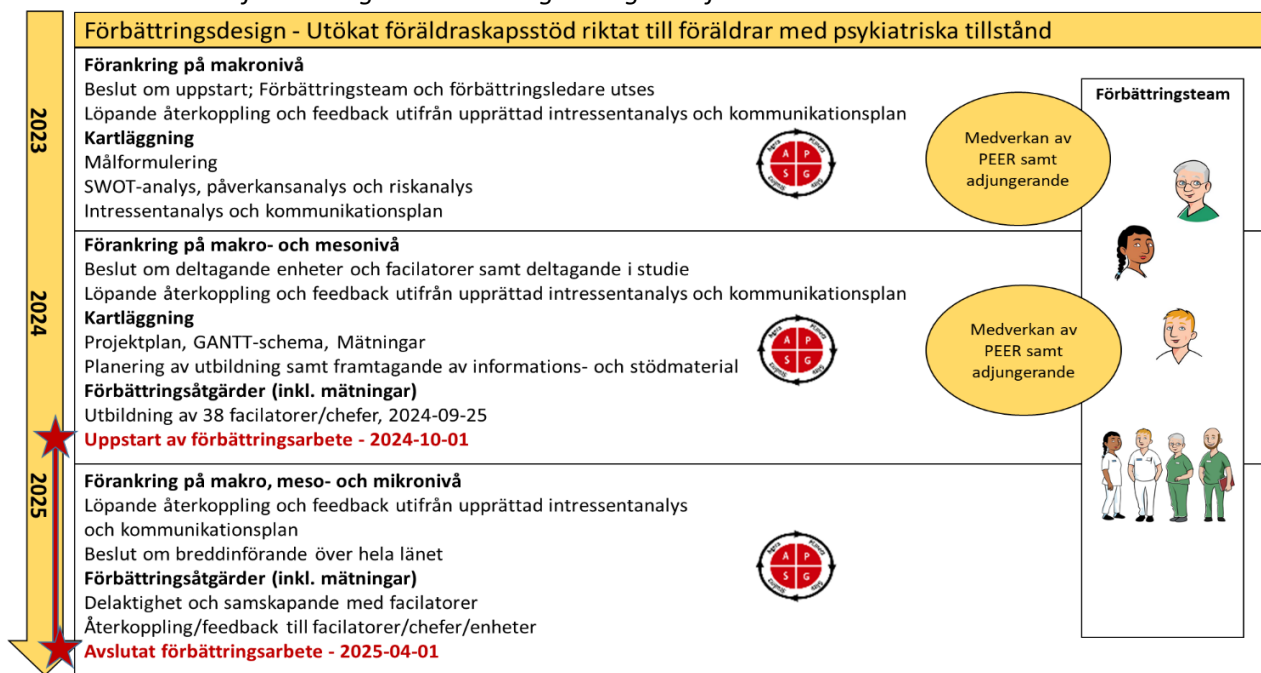
Alla patienter inom vuxenpsykiatri med barn i ålder 0-6 år ska, mellan 1 oktober 2024 och 1 april 2025, erbjudas stöd för föräldraskapet av BHV-sjuksköterska på Familjecentralen. Om 50% eller fler av antal föräldrar som erbjudits att ta del av upprättad kontaktväg är intresserade av information om fortsatt stöd bedöms den införda förändringen vara en förbättring.

Förändringsidé

Familjeformulär möjliggör genomförande av förbättringsarbete genom att identifiera målgruppen. Vid genomförande tillfrågas varje individ i målgruppen om samtycke till att BHV tar kontakt för information om stöd. Personal skickar kontaktuppgifter till BHV via meddelandefunktion i Cosmic messenger. BHV-sjuksköterska tar kontakt för att ge mer information om vilket stöd som kan erbjudas. Målsättning är, vid positiva resultat, övergripande spridning i Jönköpings län. Genomförande och spridning möjliggörs genom löpande förankring och utsedda facilitatorer på makro-, meso- samt mikronivå i berörda verksamheter.

Figur 1

Visualiserad bild av förbättringsarbetets design och genomförande

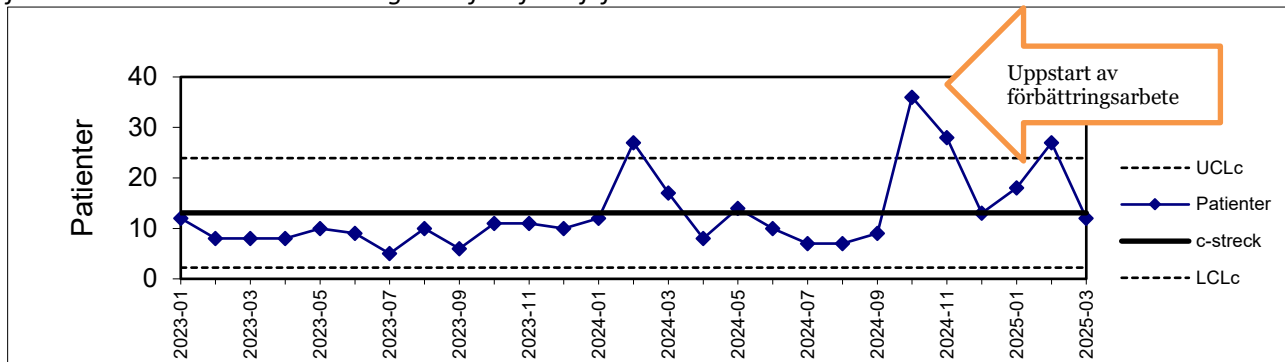


Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Mätetal baseras på påverkansanalys och områden där PGSA-hjul behövs. Familjeformulär används, trots befintlig rutin för genomförande, i låg utsträckning i förhållande till antal patienter.

Figur 2

Statistik från deltagande enheter i förbättringsarbete gällande antal patienter som månadsvis mellan 1 januari 2023–30 mars 2025 har genomfört familjeformulär.



Kommentar; Styrdiagrammet visar att det skett en statistisk variation i genomförandet av familjeformulär vilket kan tyda på att de medverkande enheterna agerat på förbättringsarbetet.

Under perioden 1 oktober 2024 - 30 mars 2025 tillfrågades 37 patienter om samtycke till att BHV-sköterskan kontaktade dem och av dessa gav 17 samtycke och 20 avböjde. BHV har kontaktat alla med erbjudande om fortsatt stöd från Familjecentralen och 13 patienter var fortsatt intresserade, se Tabell 1.

Tabell 1

Sammanställning av statistik från deltagande BHV-enheter på familjecentralerna.

Personen vi kontaktade var intresserad av fortsatt stöd.		
Namn	Antal	%
Ja	11	64,7
Ja, men inte just nu	1	5,9
Ja, men riktat till partner eller barn	1	5,9
Nej	4	23,5
Total	17	100

Resultat

46% önskade information om fortsatt stöd vilket innebär att önskat resultat inte nåtts. Det fanns stora variationer mellan enheterna gällande genomförda familjeformulär samt tillfrågade patienter. Förbättringsmöjligheter tas med inför beslut om avslut eller spridning över Jönköpings län. Ett oväntat resultat var att en BHV-enhet tagit fram ett specifikt stödupplägg med syfte att erbjuda målgruppen riktat stöd.

Nästa steg

Lärdomar från förbättringsarbetet är vikten av förankring samt löpande kommunikation till alla berörda. Närmsta chefs inställning spelar roll för ett lyckat införande, likväl som utsedda facilitators mandat och möjligheter att sprida information till sin enhet. Ett förbättringsområde inför eventuell spridning är vikten av att förmedla skriftlig information till patienten, något som skett i lägre utsträckning än förväntat. Beslut om förbättringsarbets avslut eller fortsatt spridning fattas av berörda beslutsforum i maj 2025.

Kontaktuppgifter

Namn: Jenny Olofsson

Email: jenny.olofsson@rjl.se

Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Specialistpsykiatri

Främja nollseparation och hud-mot-hudkontakt mellan mamma och barn

Bakgrund

På neonatalavdelningen Skaraborgs sjukhus (SkaS) vårdas ca 360 patienter per år. Av dessa har ca 130 patienter behov av andningsstöd med CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) för att förbättra syresättningen. Med bakgrund av tillgänglig kunskap om de positiva hälsoeffekter som nollseparation och hud-mot-hudvård (HMH) bidrar till för både mamma och barn, så identifierades ett kvalitetsgap inom neonatal- och förlossningsvården på SkaS. Gapet bestod i att vi trots kunskap om vikten av HMH, inte hade arbetssätt som främjade följsamhet till obruten HMH för nyfödda fullgångna barn med neonatal andningsstörning (NAS) med behov av andningsstöd med CPAP.

Patientinvolvering

För att involvera och ta del av föräldrarnas erfarenheter av det förändrade arbetssättet erbjöds mamma och partner som fått barn med NAS och CPAP-behandling att delta i en anonym webb-enkätundersökning. Enkätundersökningen pågick under tiden för förbättringsarbetet.

Syfte och Mål

Det övergripande målet med förbättringsarbetet var att öka barnets välbefinnande och främja anknytningen mellan mamma och barn. Förbättringsarbetet syftade till en ökad HMH under de första 2–4 timmarna för nyfödda fullgångna barn med NAS och CPAP-behandling genom att utveckla samvården mellan förlossnings- och neonatalavdelningen på SkaS. Målet med förbättringsarbetet var att andelen nyfödda fullgångna barn med NAS och CPAP-behandling som vårdades HMH inom 30 min under perioden 04 nov 2024 till 28 feb 2025 skulle öka från 0 till 80%.

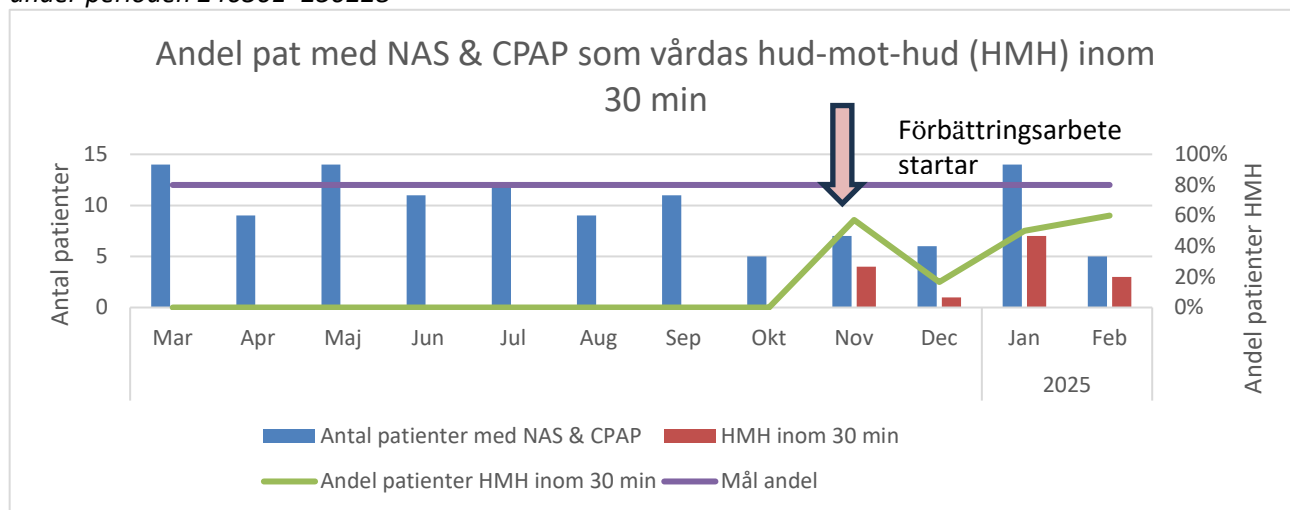
Förändringsidé

Förbättringsidén bestod i att utveckla samvården mellan förlossnings- och neonatalavdelningen så att barn med NAS och CPAP-behandling skulle kunna kvarstanna hos föräldrar på förlossningen och vårdas HMH så snart som möjligt efter födelsen. Med begreppet samvård menas här att medarbetare från förlossning och neonatalavdelningen tillsammans vårdade mamma och barn på förlossningen fram till dess att mamman var färdigvårdad på förlossningen varefter mamma och barn kunde förflyttas tillsammans till BB eller neonatal.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Figur 1

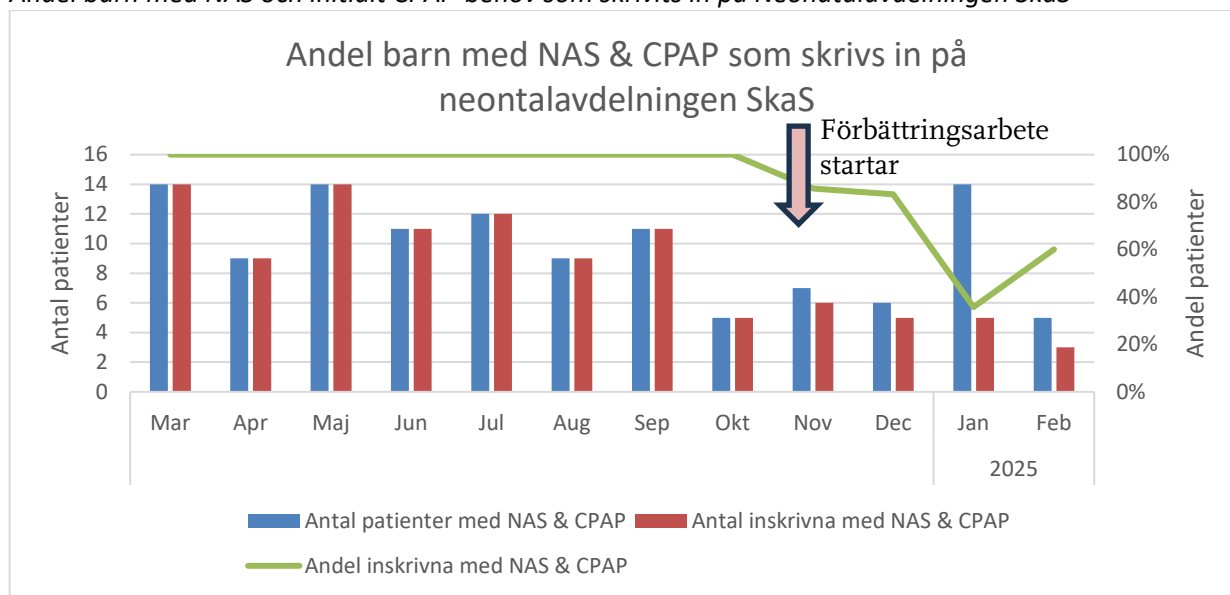
Andel barn med NAS och behov av CPAP-behandling som vårdats HMH inom 30 min på förlossningen SkaS under perioden 240301–250228



Kommentar. Diagrammet redovisar samtliga patienter som erhållit CPAP-behandling. Från start av förbättringsarbete är det endast patienter som exkluderats från det nya arbetssättet som inte vårdats HMH inom 30 min. Orsak till exklusion har varit kejsarsnitt eller medicinska skäl enligt styrdokument.

Figur 2

Andel barn med NAS och initialt CPAP-behov som skrivs in på Neonatalavdelningen SkaS



Resultat

Målsättningen att andelen barn med NAS & CPAP som vårdas HMH inom 30 min skulle öka från 0 till 80% uppnåddes inte under perioden 241104–250228. Dock har ökningen gått från 0 till 47 % och förbättrade utfall kan ses även avseende övriga parametrar som mätts för att utvärdera förbättringsarbetet. Det nya arbetssättet förväntades utöver ökad HMH även kunna leda till färre vårdtillfällen, kortare vårdtider samt förbättrad blodsockerkontroll (P-glucos). Förbättringsarbetet har utvärderats med hjälp av Värdekompassen (Nelson et al., 2007) och mätningar har gjorts enligt modellens fyra dimensioner för ett helhetsperspektiv.

- Medelvärde för tiden från förlossning till HMH har minskat från 3 timmar till 20 min för de patienter som vårdats enligt det nya arbetssättet.
- Medelvärde för P-glucos har ökat från 3,6 till 4,0. Målvärde $\geq 3,0$ men ju högre desto bättre.
- Medelvärde för förälders och/eller partners skattning av *delaktighet* var 4,86 och skattning av känsla *trygghet* var 4,86 på skalfrågor med skala 1–5 där 5 var *stämmer helt och hållet*.
- Medelvårdtid för patienter som vårdats enligt det nya arbetssättet har minskat från 5,0 till 0,2 dygn.

Det är ännu för få patienter (14) som inkluderats med det nya arbetssättet för att några slutsatser ska kunna dras gällande förbättringsarbetets inverkan på vårdtillfällen, P-glucos och medelvårdtid. Så här långt ser vi positiva resultat men samtliga parametrar behöver fortsatt följas för att positiva utfall ska kunna säkerställas vara ett resultat av förändrat arbetssätt.

Nästa steg

- Fortsätta lokala förbättringsarbeten kan med fördel genomföras utifrån PDSA-modellen
- Arbetet med att främja HMH fortsätter. Nästa steg, efter att nu ha inkluderat även akuta kejsarsnitt på förlossningen, blir att framåt även inkludera planerade kejsarsnitt på centraloperation.
- Förbättringsarbetet kommer spridas i regionala och nationella forum för neonatalsjukvård

Kontaktuppgifter

Namn: Jessica Hagström

Email: jessica.hagstrom@vgregion.se

Arbetsgivare: Västra Götalandsregionen, Skaraborgs sjukhus (SkaS) Skövde

Enhet: BB Skövde neonatal

Förbättringsarbete för att öka patientdelaktigheten för patienter med endometrios

Bakgrund

I Sverige lever ca 250 000 kvinnor med endometrios en sjukdom som försämrar livskvaliteten. Förbättringsarbetet genomfördes på en gynekologisk mottagning i Västra Götalandsregionen där barnmorskorna ansvarar för uppföljning av patienternas hormonella behandling. De saknade en struktur för att utvärdera patientens hormonella behandling och vilka önskemål och behov patienten hade inför besöket. Uppföljningssamtalen är viktiga för behandlingsföljsamheten. Vårdens regionala struktur kräver att patienter själva kontaktar olika vårdgivare för olika aspekter av sjukdomen. Det gör att barnmorskorna ofta måste hjälpa patienter navigera den komplexa vårdkedjan på bekostnad av behandlingsutvärderingen.

Patientinvolvering

För att säkerställa patientdelaktigheten under förbättringsarbetet användes delaktighetsspektrumet (figur 1) genom hela förbättringsarbetet. Genom att använda delaktighetsspektrumet kunde patientdelaktigheten öka på ett strukturerat sätt genom utvärderingsenkäter, intervjuer och till sist genom att tillsammans med patienter skapa en hälsodeklaration som var hjälpsam både för barnmorskorna och patienterna.

Figur 1

Delaktighetsspektrum inspirerad av (Lindholm & Moritz, 2012).

Former av delaktighet	Kännetecken	Du får
Information	Envägskommunikation	Veta
Konsultation	Inhämta synpunkter	Tycka
Dialog	Utbyte av tankar	Resonera
Samarbete	Aktiviteter planeras och genomförs tillsammans	Genomföra
Medbestämmande	Gemensamt beslutfattande	Bestämma

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet är att utveckla vården för patienter med diagnostiserad eller misstänkt endometrios genom ökad patientdelaktighet samt att förbättra barnmorskornas anamnesinhämtning och struktur på uppföljningssamtalet.

SMART mål: Genom att förbereda patienterna inför sitt uppföljningssamtal till barnmorskan ska 80% av patienterna uppleva att de kunde påverka sin vård samt att barnmorskornas upplevelse av att tiden räcker öka till 70%. Målet ska uppnås innan 31 mars 2025.

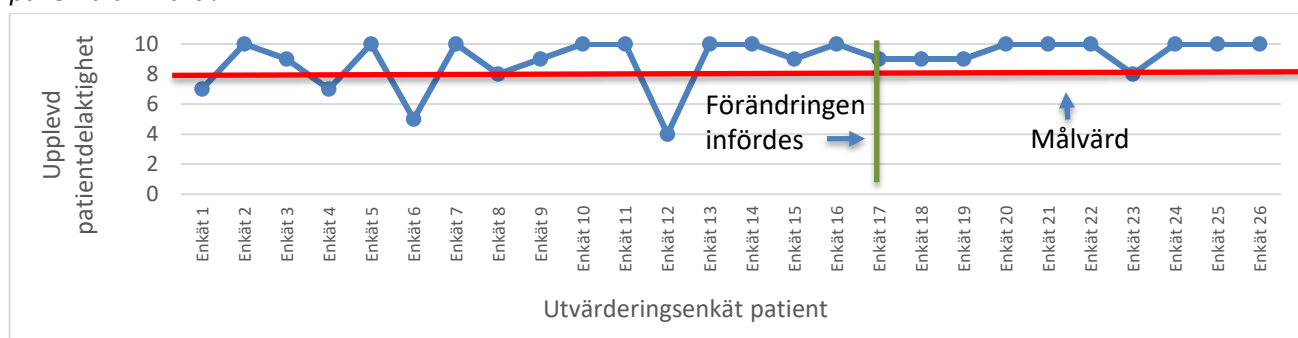
Förändringsidé

Förbättringsidén var att öka patientdelaktigheten för patienter med diagnostiserad eller misstänkt endometrios samt skapa ett strukturerat arbetssätt för barnmorskorna genom att patienten fyllde i en hälsodeklaration inför sitt uppföljningssamtal med barnmorskan. Det skulle ge patienten möjlighet att i lugn och ro inför samtal reflektera över sin hälsosituation. På så sätt skulle patientdelaktigheten kunna öka eftersom patienten kunde kommunicera sina önskemål och behov inför samtalet. För barnmorskan skulle förändringen ge en strukturerad anamnesinhämtning som finns tillgänglig innan samtalet. Barnmorskan skulle också få möjlighet att förbereda sig på specifika frågor som var viktiga för patienten.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

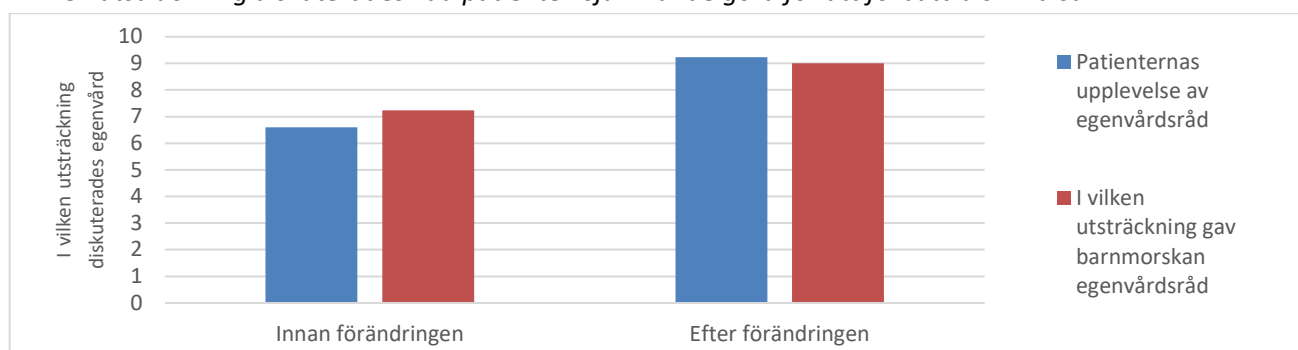
Figur 2

Fråga tre i utvärderingsenkäten till patienterna "I vilken utsträckning upplevde du att du kunde vara med och påverka din vård?"



Figur 3

I vilken utsträckning diskuterades vad patienten själv kunde göra för att förbättra sin hälsa



Resultat

Förbättringsarbetets resultat visar att patienternas upplevelse av delaktighet ökade och det SMARTa målet uppnåddes (figur 2). Barnmorskorna upplevde inte att tiden räckte till i större omfattning men uppgav att hälsodeklarationen var hjälpsam som ett samtalsstöd samt att den underlättade dokumentationen. Även patienterna uppgav att hälsodeklarationen hjälpte dem att förbereda sig inför sitt samtal. Ett oväntat resultat var att både patienterna och barnmorskorna (figur 3) uppgav att de i högre utsträckning hade diskuterat egenvård efter att hälsodeklarationen infördes.

Nästa steg

Genom förbättringsarbetet har det kartlagts att det var främst vid det första samtalet som barnmorskan har med en ny patient på mottagningen som tiden inte räckte till, ett fortsatt arbete kommer genomföras för att anpassa tiden efter patientens behov utifrån hälsodeklarationen. Arbetet har också gett lärdomar kring hur patienter inför sina besök kan förbereda sig och hälsodeklarationer kopplade till andra besök kommer att utvecklas på mottagningen. Att genomföra ett förbättringsarbete och bjuda in patienter att delta aktivt i arbetet är nytt för mottagningen och förhoppningen är att det har inspirerat till fler liknande förbättringsarbeten där patienterna kan inta en mer aktiv roll tillsammans med vårdpersonal och att vi tillsammans utvecklar vården till det bättre för de vi finns till för.

Kontaktuppgifter

Namn: Karin Ekelund

Email: karin.e.ekelund@vgregion.se

Arbetsgivare: Västra Götalandsregionen

Minskad väntan på läkartid för de sjukaste och sköraste genom ökad samverkan mellan Region och kommun

Bakgrund

Hammarstrands hälsocentral är en stafettläkarberoende hälsocentral som är beläget i den Jämtländska glesbygden. Hälsocentralen har ca 3700 listade patienter varav 140 av dessa är hemsjukvårdspatienter eller bor på ett särskilt boende. Både kommunens och hälsocentralens sjuksköterskor ansåg att dessa personer är mest utsatta och borde vara prioriterade till de få läkartider som finns att tillgå. Utifrån detta genomfördes ett förbättringsarbete.

Patientinvolvering

Patienter på hälsocentralen har bidragit till förbättringsarbetet genom medverkan i enkäter.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att minska väntetiden till läkare genom att införa mer strukturerade arbetssätt som ökar kvalitén för de personer som har kommunala insatser i form av särskilt boende eller hemsjukvård. Vidare fanns tankar om att detta kunde reducera ambulansfärder till sjukhuset i Östersund. Det specifika målet var: *Från och med 1 februari 2025 ska 95% av personer som bor på särskilt boende eller har hemsjukvård få träffa läkare inom 24 timmar efter att sjuksköterska gjort en bedömning, detta uppnås via ändrade strukturer i tidsbokningen på Hammarstrands hälsocentral.*

Förändringsidé

Idén om hur Hammarstrands hälsocentral kunde förbättra verksamheten framkom på ett möte som kommunens och hälsocentralens sjuksköterskor hade tillsammans. Engagemanget var påtagligt och alla var överens om att något behövde göras. Deltagarna på mötet kom överens om att avsätta en fast tid till läkare varje dag som kommunens sjuksköterskor kunde råda över, tiden skulle viggas åt de personer som var i deras vård.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

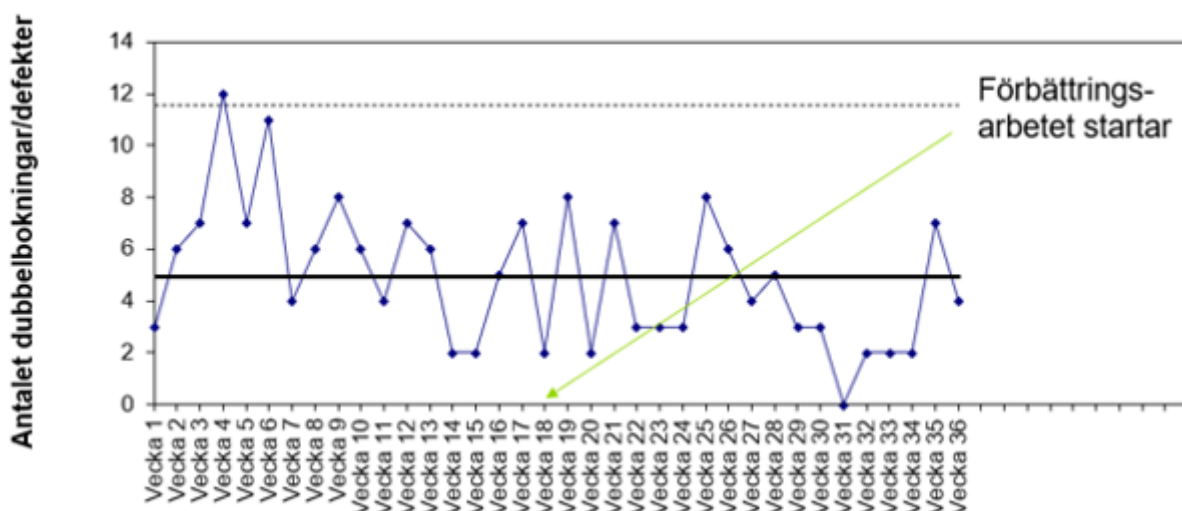
Eftersom det var läkarnas tidböcker som ändrades blev antagandet att det kunde finnas ledtrådar där, därav räknades dubbelbokningar före och efter av införande av förbättringen. Figur 1 visar att dubbelbokningarna faktiskt minskade efter genomfört förbättringsarbete. Figur 2 visar att tiderna används, kommunens sjuksköterskor bokar i genomsnitt in 2 patienter i veckan av fem möjliga tider.

Resultat

Målet med att 95% av "kommunens patienter" i behov av en läkartid fick detta inom 24 timmar uppnåddes. Vidare fick läkarna mindre dubbelbokningar. Samtliga sjuksköterskor både de på kommunen och på hälsocentralen upplevde en förbättrad arbetsmiljö. Det framkom också via en patientenkät att upplevelsen av väntetider är individuell och att det inte alltid hänger ihop med den faktiska längden på väntan. Ambulansfärderna till Östersund minskade något men det går inte att statistiskt fastställa det resultatet. Slutsatsen av förbättringsarbetet är att samtliga inblandade parter, både patienter och personal, drog nytta av förbättringsarbetet.

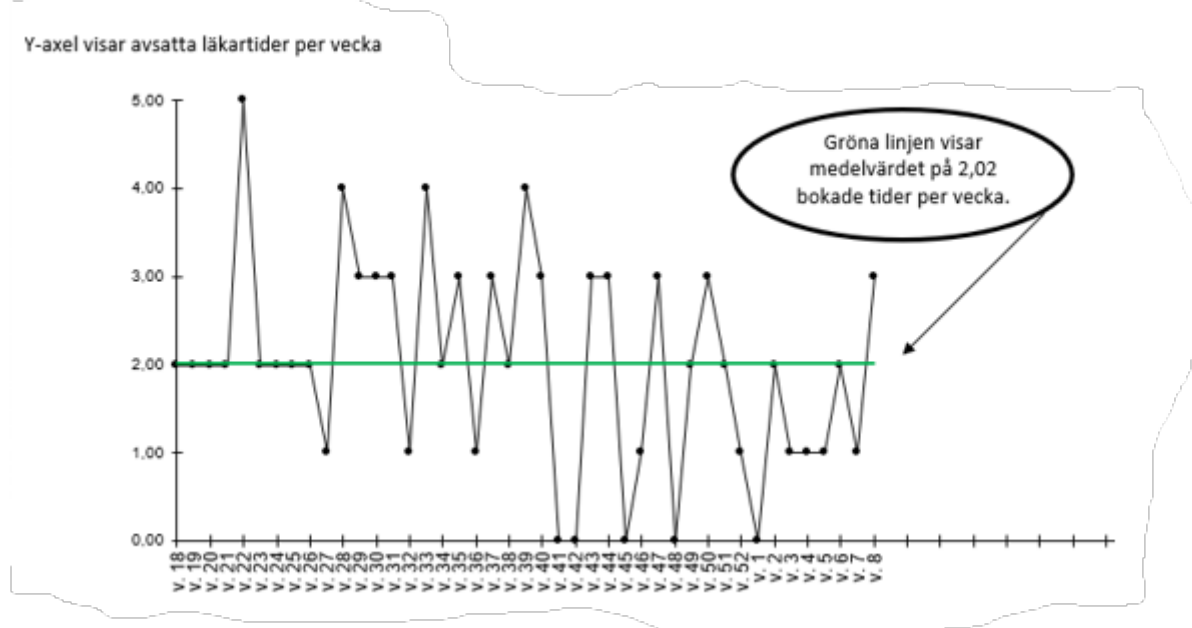
Figur 1

Visar att dubbelbokningarna till läkare minskar efter genomfört förbättringsarbete.



Figur 2

Nyttjade läkartider per vecka efter genomfört förbättringsarbete.



Nästa steg

Förbättringsarbetet är en del i Nära vård-projektet i Jämtland Härjedalen och kommer vara en del i redovisningen av det arbetet till Socialdepartementet. Vidare kommer resultaten att presenteras och spridas inom regionen, bland annat på ett forskarseminarium, "Pre-Nobel" den 4 december, där många medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen har möjlighet att delta.

Kontaktuppgifter

Namn: Malin Robertsson Bly

Email: malin.robertssonbly@regionjh.se

Arbetsgivare: Region Jämtland Härjedalen

Enhet: Hammarstrands hälsocentral

Ökad förståelse och samarbete skapar bättre förutsättningar till stöd vid rehabiliterande insatser för äldre på särskilt boende (SÄBO)

Bakgrund

Äldre som flyttar till särskilt boende har ett stort behov av vård, omsorg och stöttning vid vardagsaktiviteter. Kommunens hälso- och sjukvårdsfunktion ansvarar för vård och rehabilitering för de boende men samarbetet med omsorgspersonalen inom äldreomsorgen är avgörande för att individen ska få rätt stöd i de insatser som behövs. Vid behov av specifika rehabiliteringsåtgärder, exempelvis hjälp med träningsprogram, lägger fysioterapeut en insats i omsorgspersonalens insatskalender. Insatsen signeras när den utförts, eller om patienten tackar nej. Mätning har visat att nästan hälften av alla rehabiliteringsinsatser förblir osignerade. Patienten får inte den rehabiliteringsinsats som ordinerats och det försvårar fysioterapeutens uppföljning/utvärdering av insatsen.

Patientinvolvering

Innan förbättringsarbetet påbörjades inhämtades patienternas upplevelse av att utföra träning tillsammans med omsorgspersonalen. Det bekräftade att rehabiliteringsinsatser inte utfördes i den omfattning eller på det sätt som planerats. Många patienter behöver hjälp med träningen på grund av en kognitiv nedsättning vilket begränsat möjligheten till patientinvolvering i förbättringsarbetet.

Syfte och Mål

Förbättringsarbetets övergripande syfte var att skapa bättre förutsättningar till träning och vardagsaktivitet för äldre på utvalt SÄBO. Detta skulle leda till att de äldre mår bättre, bevarar fysiska förmågor och självständighet längre samt får möjlighet till rehabilitering efter en skada genom korrekt utförd och signerad insats.

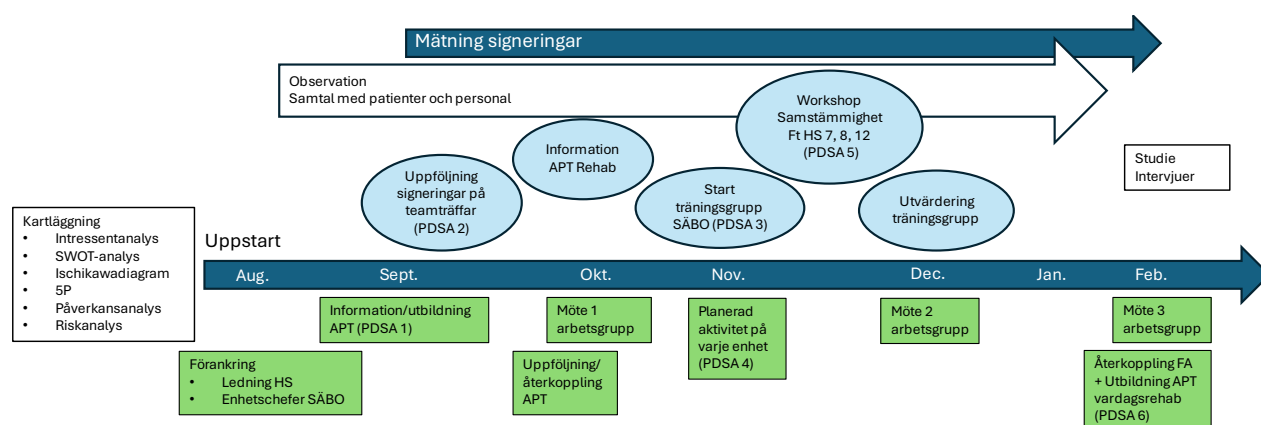
SMART mål: Ökad förståelse och samarbete mellan rehabiliterings- och omsorgspersonal ska öka andelen signerade rehabiliteringsinsatser för patienter på SÄBO till minst 90% senast 31 januari 2025.

Förändringsidé

För ökad förståelse av varför rehabiliteringsinsatser läggs i insatskalendern och varför korrekt signering är viktig genomfördes information och utbildning för all omsorgspersonal. Strukturerad uppföljning av signeringar infördes på teamträff varannan vecka då alla professioner närvarar vilket ökade dialogen om insatserna. Genom workshop för ökad samsyn bland fysioterapeuter från olika team säkras att rätt insatser ordinerar i insatskalendern. Utökade tillfällen för gruppträning och sociala aktiviteter infördes på boendet. Flera förändringsidéer genomfördes parallellt för att uppnå övergripande syfte och mål (se Figur 1).

Figur 1

Illustration av förbättringsarbetet med åtgärder och tidslinje



Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

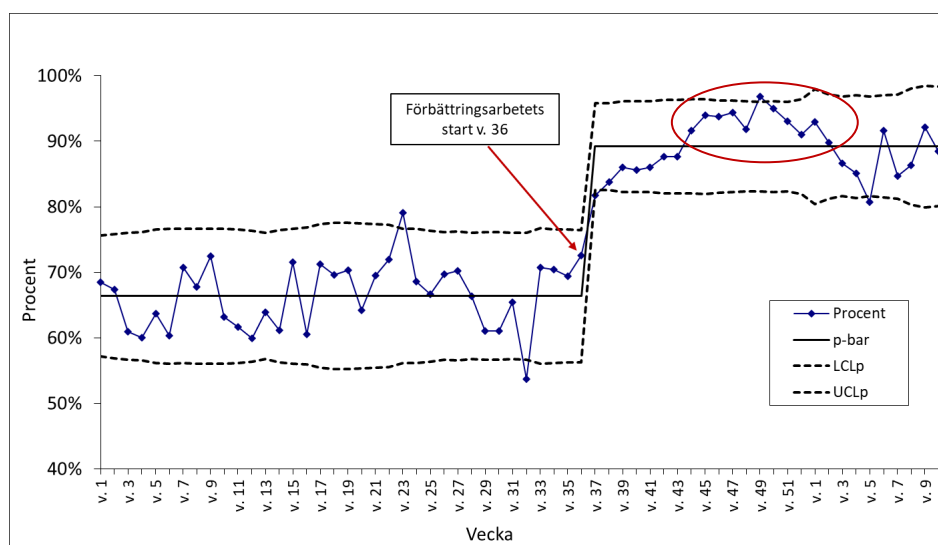
Signerade rehabiliteringsinsatser följdes varje vecka i insatskalendern i journalsystemet Combine och illustreras nedan i ett styrdiagram (se Figur 2) och linjediagram (se Figur 3). Träningsgrupp och workshop utvärderades genom enkät till deltagare, gemensamma aktiviteter sammanställdes i aktivitetskalender. Observationer, möten med arbetsgruppen och informella samtal med patienter och personal har pågått kontinuerligt och bidragit till förståelse av förändringsåtgärderna och dess effekter.

Resultat

Förbättringsarbetet har förbättrat kommunikationen om rehabiliteringsinsatser vilket ökat omsorgspersonalens medvetenhet om behovet av korrekt utförande och signering. Det har även ökat tillgängligheten till aktiviteter på boendet och påmint omsorgspersonalen om vikten av ett rehabiliterande förhållningssätt när de stöttar de boende i vardagen.

Figur 2

Andel signerade rehabiliteringsinsatser per vecka på SÄBO 2024 + vecka 1-10 2025



Andelen signerade rehabiliteringsinsatser ökade från förbättringsarbetets start. Målsättningen på 90% signerade insatser nås flera veckor under slutet av 2024 (se inringade mätpunkter i Figur 2) men minskar sedan något.

Det totala antalet ordinerade rehabiliteringsinsatser varierar över tid efter behovet. Signering av "ej utförda" insatser har ökat något (se Figur 3) och personalen har blivit bättre på att dokumentera varför.

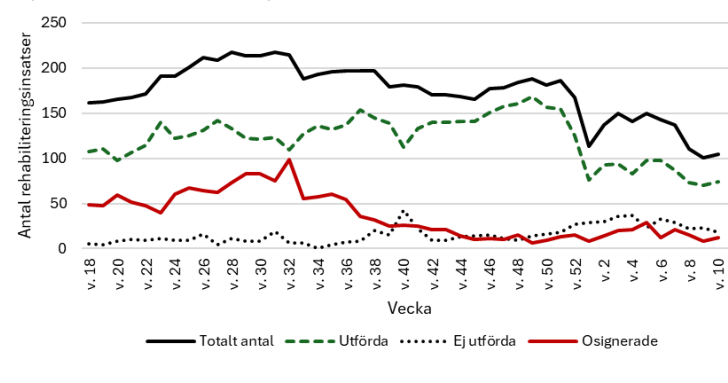
Nästa steg

Förbättringsarbetet belyser vikten av kommunikation och samarbete mellan olika verksamheter i kommunal vård och omsorg, ett ständigt pågående arbete.

Lärdomar från förbättringsarbetet kommer delges fysioterapeuter och arbetsterapeuter i Jönköpings kommun för spridning till fler SÄBO. Workshops för ökad samsyn kring rehabiliteringsinsatser planeras med fysioterapeuter i övriga rehabiliteringsteam.

Figur 3

Signerade rehabiliteringsinsatser



Kontaktuppgifter

Namn: Maria Karlsson

Email: maria.karlsson13@jonkoping.se

Arbetsgivare: Jönköpings kommun, Socialförvaltningen

Enhet: Hälso- och sjukvårdsfunktionen

Stärka nyexaminerades förmåga att prioritera i sin vardag: att utveckla Region Jönköpings läns Introduktionsprogram för sjuksköterskor

Bakgrund

Nyexaminerade sjuksköterskor möter en hög arbetsbelastning och komplexa vårdssituationer där prioriteringsförmågan är avgörande för bibehållen patientsäkerhet och god arbetsmiljö. Övergången från student till yrkeslivet är utmanande och förmågan att prioritera arbetsuppgifter är centralt. RIU (Regiongemensam Introduktion för nyanställda sjuksköterskor) syftar till att underlätta övergången och välkomnar årligen ca 160 nya sjuksköterskor, fördelat på regionens tre sjukhus. RIU innehåller 17 tillfällen och genomförs på Metodikum där varje tillfälle faciliteras av verksamhetsinstruktörer från olika kliniker på respektive sjukhus. För att bättre möta nyanställdas behov identifierades ett förbättringsområde i RIU: att stärka deltagarnas förmåga att prioritera i klinisk vardag.

Kundinvolvering

För att säkerställa att förändringarna i RIU motsvarade deltagarnas behov utgick förbättringsarbetet från deras upplevelser och utvärderingar vid varje utvalt RIU-tillfälle. Genom deltagarnas kontinuerliga återkoppling identifierades förbättringsområden och justeringar kunde genomföras, se figur 1.

Syfte och Mål

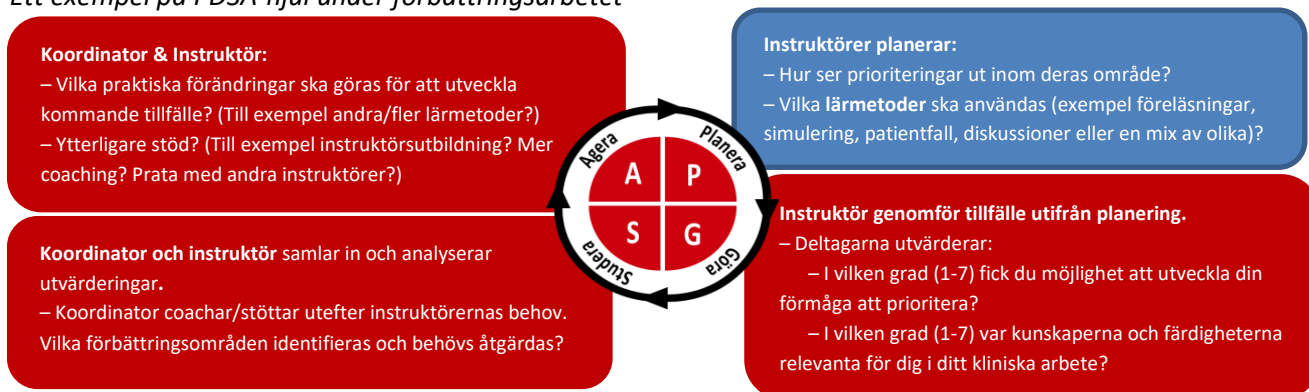
Syftet med förbättringsarbetet var att utveckla RIU så att det i högre grad stärker nyexaminerade sjuksköterskors förmåga att prioritera i klinisk vardag. För att nå detta mål genomfördes en intervention där instruktörerna coachades i hur de kan stötta deltagarnas prioriteringsförmåga. Målet var att öka andelen deltagare som skattade detta stöd som högt, från 53 % före intervention till minst 75 % i december 2024.

Förändringsidé

Identifierat gap visade att RIU inte adresserade sjuksköterskors förmåga att prioritera, något som i en tidigare kartläggning visat sig vara en särskild utmaning för nyanställda. För att möta detta genomfördes insatser där instruktörer coachades i hur de kan stötta deltagarnas prioriteringsförmåga. Coachingen av instruktörerna bestod av gemensamma workshops och individuellt, med utgångspunkt i deltagarnas återkoppling. Fokus låg på att utveckla pedagogiska och kliniskt relevanta verktyg som kunde integreras i deras RIU-tillfällen. Utvalda tillfällen i programmet användes som PDSA-hjul där innehåll och arbetssätt justerades stegvis utifrån deltagarnas feedback (figur 1).

Figur 1

Ett exempel på PDSA-hjul under förbättringsarbetet



Kommentar. Figuren visar ett exempel på PDSA-hjul i förbättringsarbetet.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Effekten av förbättringsarbetet mättes genom att deltagarna fick svara på frågor inför förbättringsarbetet samt efter, se figur 2. Figur 3 visar på hur deltagarna genom utvärderingar efter varje, i förbättringsarbetet

utvalt, RIU-tillfälle svarat på om de fått möjlighet att öva och träna för att utveckla deras förmåga att prioritera. Genom utvärderingarna kunde koordinatörerna coacha instruktörerna inför kommande tillfälle så att deltagarna skulle få större möjlighet att utveckla sin förmåga att prioritera samt att ge verktyg till instruktörerna för att göra kunskaper och färdigheter relevanta för deltagarnas och deras kliniska arbete.

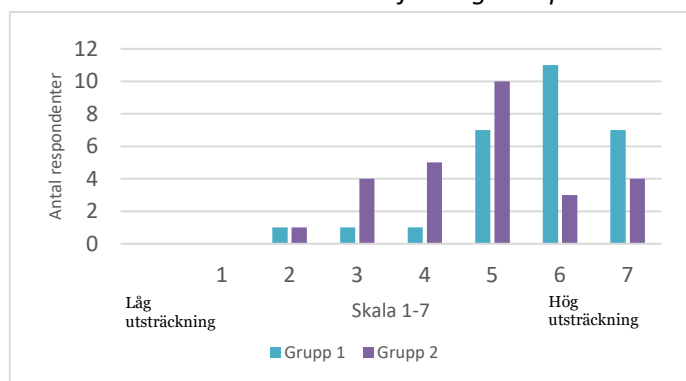
Resultat

Efter genomfört förbättringsarbete ökade andelen deltagare som upplevde att RIU i hög grad stöttat dem i att prioritera sitt arbete från 53 % före insatsen till 89 % i december 2024 (figur 2). Deltagarna är fördelade i två grupper: Grupp 1 med deltagare som påbörjade RIU samtidigt som förbättringsarbetet startade, och Grupp 2 med deltagare som gick in i sin andra och sista termin vid samma tidpunkt. Resultatet visar att grupp 1 är mer positiva än grupp 2, vilket kan bero på att grupp 2 även deltog i programmet innan förbättringsarbetet och svarat utifrån programmet som helhet. Vid en fokusgruppsintervju efter förbättringsarbetet uttryckte en deltagare från grupp 2:

"Ja, men man känner att vi mer under de sista tillfällena fokuserat på prioriteringar än innan... det hade man ju kunnat börja med tidigare..."

Figur 2

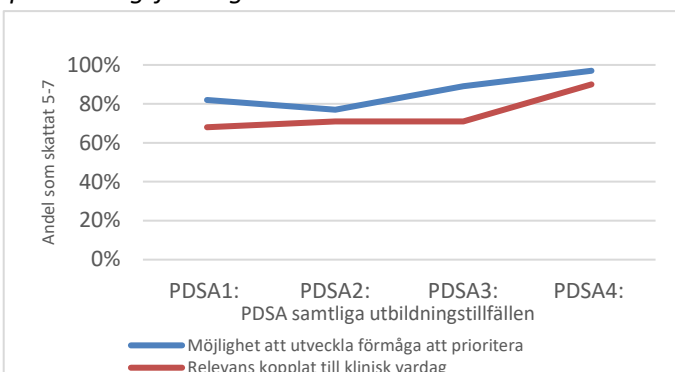
Deltagarnas skattning: i vilken grad de upplever att RIU stöttat dem i att utveckla deras förmåga att prioritera



Kommentar; Figuren visar på i vilken grad deltagarna i respektive grupp svarat på frågan i december 2024.

Figur 3

Fyra PDSA-cykler för utveckling av RIU med fokus på prioriteringsförmåga och relevans



Kommentar; Figuren visar den iterativa förbättringsprocess där utvalda RIU-tillfällen användes som PDSA-cykler.

Figur 3 presenterar processen med PDSA-cykler där andelen deltagare svarat att de i hög grad fick möjlighet att utveckla sin förmåga att prioritera (blå linje) samt upplevd relevans kopplat till kliniskt arbete (röd linje). Figuren visar att andelen som skattat "i hög grad" ökar i PDSA 3 och 4, vilket kan innebära att utifrån utvärderingar från tidigare PDSA-cykler kunde instruktörerna skapa bättre förutsättningar för utveckling av förmåga att prioritera samt relatera till deltagarnas kliniska utmaningar. Resultatet visade även att tillfällen med interaktivt lärande, reflektion och praktisk träning uppnådde högre betyg än traditionella föreläsningar.

Nästa steg

Förbättringsarbetet planeras fortsätta genom att i högre grad involvera instruktörerna samt utveckla det stöd som erbjuds. Planen är att successivt integrera fler tillfällen/teman och instruktörer samt att utvärdera långsiktiga effekter, använda lärdomarna och utveckla verksamhetens befintliga processer och arbete, där instruktörsstöd och utveckling av simuleringsmetod är centralt, samt att sprida arbetssättet till fler regioner.

Kontaktuppgifter

Namn: Matilda Andersson

Email: Matilda.andersson.jkpg@gmail.com

Arbetsgivare: Region Jönköpings län

Enhet: Qulturum, Metodikum

Hemsidan: www.Metodikum.se

Systematisk riskbedömning med MNA – ett steg mot minskad malnutrition på en lungmedicinsk avdelning

Bakgrund

Malnutrition är ett växande problem inom slutenvården och särskilt vanligt bland äldre patienter. På avdelning 23 vid Södertälje sjukhus, en lungmedicinsk och infektionsmedicinsk enhet, visade en baslinjemätning att endast 70 % av patienterna fick en riskbedömning med Mini Nutritional Assessment (MNA) inom 24 timmar och endast 43 % av dessa fick en aktivitetsplan. MNA är ett validerat screeningverktyg som används för att identifiera risk för undernäring hos patienter. Totalt inkluderades 23 patienter i baslinjemätningen på avdelningen.

Patientinvolvering

Patienter har inte direkt involverats i projektet, men förbättringen syftar till att stärka patientsäkerheten och vårdens individanpassning.

Syfte och Mål

Syftet var att minska förekomsten av malnutrition genom att öka andelen patienter som riskbedöms med MNA inom 24 timmar samt att säkerställa att patienter med risk får en individuellt anpassad vårdplan.

SMART-mål: Öka antalet riskbedömningar från 70 % (16 av 23 patienter) till 95 % (22 av 23 patienter) och aktivitetsplaner från 43 % (7 av 16) till 80 % (18 av 22) senast februari 2025.

Förändringsidé

Tre förändringar genomfördes i PDSA-cykler:

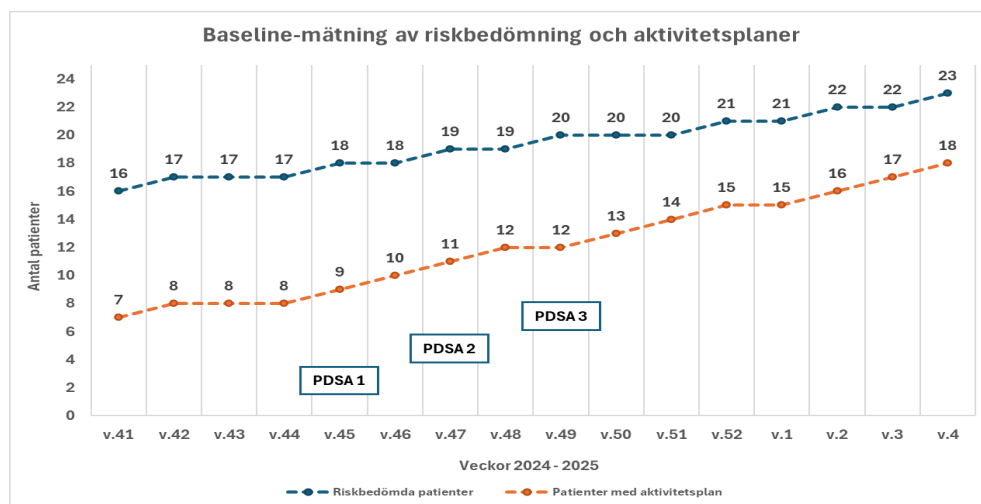
1. **Utbildning** av vårdpersonal i användning av MNA.
2. **Införande av checklista** för riskbedömning vid inskrivning.
3. **Omstrukturering av arbetsflödet** för att skapa tid för riskbedömningar.

Figuren nedan kan illustrera dessa tre PDSA cykler som steg i en förbättringscykel.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Figur 1

Andel patienter riskbedömda med MNA samt andelen patienter med aktivitetsplaner över tid.



Mätningen i figuren ovan (Figur 1) visar att andelen patienter som riskbedömdes med MNA inom 24 timmar ökade från 70 % till 95 % efter utbildningsinsatser och införandet av en checklista. Andelen patienter med aktivitetsplan ökade från 43 % till 80 % efter omstrukturering av arbetsflödet. Detta tyder på att de genomförda förändringarna bidrog till en förbättrad nutritionsvård.

Resultat

Resultatet visar att systematisk utbildning, tydliga rutiner och anpassat arbetsflöde signifikant förbättrade arbetet med att förebygga malnutrition. Förbättringsarbetet ledde till att fler patienter fick en strukturerad bedömning och individuellt anpassade åtgärder – vilket i förlängningen kan minska komplikationer, förbättra återhämtning och korta vårdtid. En oväntad effekt var ökad motivation och samarbete inom teamet.

Nästa steg

Förbättringsarbetet ska följas upp regelbundet och spridas till andra avdelningar. En arbetsgrupp ska upprättas för att förvalta checklistan och utbildningsmaterialet samt integrera det i introduktionen för nyanställda.

Kontaktuppgifter

Namn: Nash Behjet

Email: nash.behjet@regionstockholm.se

Arbetsgivare: Södertälje Sjukhus AB

Enhet: Avdelning 23 – Lungmedicin och infektion

Bestämt tid för diagnosbesked till patienter inom lungcancerutredningen

Bakgrund

Väntan på diagnosbesked under cancerutredningen är påfrestande för många patienter. Att samtidigt sväva i ovisshet om när beskedet kommer gör det svårt för dessa patienter att vara delaktiga i sin egen vård. År 2024 utreddes 331 patienter inom standardiserat vårdförlopp (SVF) lungcancer inom Region Jönköping län. Dessa patienter har kallats med kort varsel för diagnosbesked. Detta på grund av stor variation i svarstider och i vissa fall långa utredningstider. För att kunna ge patienterna en tid för återbesök redan vid vävnadsprovtagningen måste avdelningen veta när provsvaren kommer. Samarbetet inleddes mellan dagvården för lungmedicin och patologilaboratoriet för att åstadkomma en förbättring.

Patient och kundinvolvering

Förbättringsarbetet var ett samarbete mellan klinikerna, dagvården och patologilaboratoriet, för att kunna utnyttja både kunskap inom diagnostiken och de som har kontakt med patienterna. I början av förbättringsarbetet intervjuades tre patienter som genomgått lungcancerutredningen för att fånga upp vad som var viktigt för dem.

Syfte och Mål

Kortare ledtider inom lungcancerutredningen ska minska patienternas tid i ovisshet och ge dem visshet om när diagnosbesked kommer.

Mål:

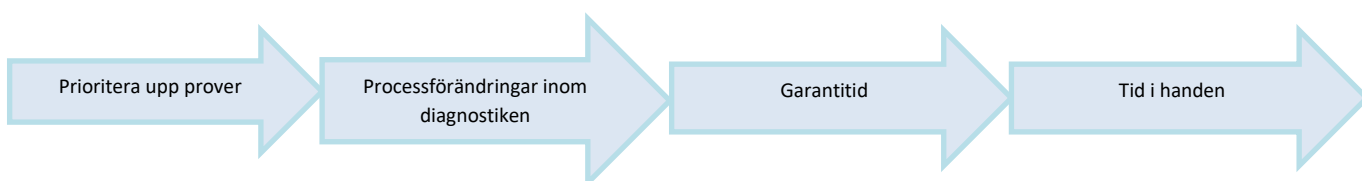
Patologilaboratoriet inom Region Jönköping län ska från och med 1 januari 2025 leverera provsvar för 90% av patienter inom SVF-lungcancerutredningen inom 14 dagar så de erbjuds återbesökstid för diagnosbesked senast 16 dagar efter provtagningsdagen.

Förändringsidé

Patologilaboratoriet och dagvården för lungmedicin startade samarbetet för att tillsammans förbättra för patienter inom SVF-lungcancerutredningen. Genom förståelse för varandras arbetssätt kunde de möjliga förändringarna urskiljas och genomföras. Processförändringar som gjordes ledde till att lungcancerproverna prioriterades upp i flödet på patologilaboratoriet och diagnostiken underlättades genom att bland annat cytodiagnostiker startade med förscreening av cytologprover. En garantitid infördes på max 14 dagar vilket innebär att patologilaboratoriet förbinder sig att ge ut provsvar inom denna tid. Avdelningen har förbundit sig att ge patienterna tid för återbesök (tid i handen) senast 16 dagar efter provtagningsstillfället för att få diagnosbesked.

Figur 1

Stegvisa förändringar inom projektet

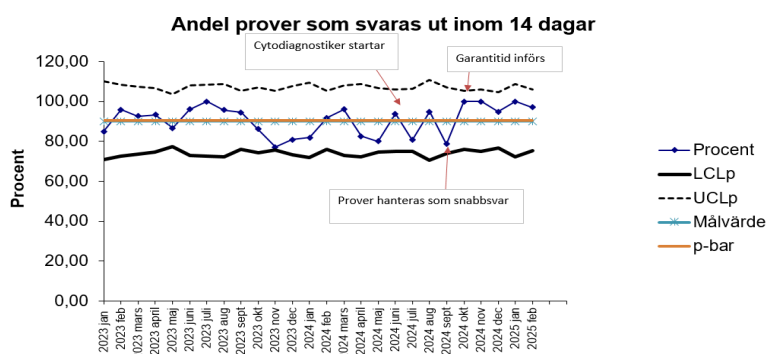


Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Mätningar som följdes är hur ledtiderna påverkas av förändringar.

Figur 2

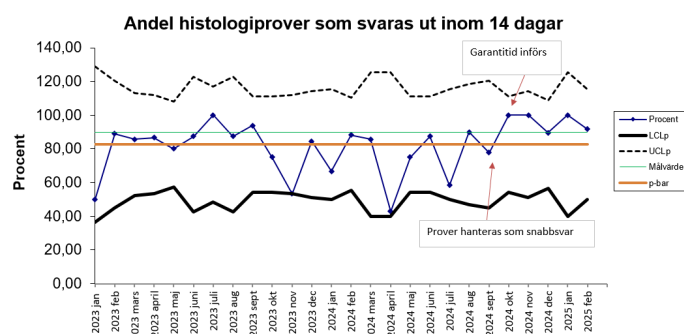
Styrdiagrammet, alla prover



Kommentar. Andel prover som svarats ut inom 14 dagar, inkluderar både cytologprover och histologiprover.

Figur 3

Styrdiagrammet, histologiprover



Kommentar. Andel histologiprover som svarats ut inom 14 dagar. Dessa följdes separat då variationen har varit större bland dessa prover.

Resultat

Målet att 90% av proverna skulle svaras ut inom 14 dagar har uppnåtts och alla patienter har erbjudits en tid för diagnosbesked redan vid vävnadsprovtagningen. Det behövs däremot en uppföljning under längre tid för att se till att förändringen håller i sig. Även tidigare har det funnits månader då 90% av provsvaren har getts ut inom 14 dagar men variationen har varit stor. Detta har gjort det svårt för avdelningen att ge patienter bestämd tid för diagnosbesked och därför är det av stor vikt att de gjorda förändringarna håller i sig.

Nästa steg

Detta förbättringsarbete är en av tre som har gjorts för att införa det som lokalt kallas tid i handen, det vill säga att patienten får tid för återbesök där diagnosbesked kommer ges. Hittills har responsen varit positivt och det finns en förhoppning att kunna sprida detta arbetssätt till flera cancerutredningar.

Kontaktuppgifter

Namn: Natasa Cabraja

Email: natasa.cabraja@rjl.se

Arbetsgivare: Region Jönköping län

Enhet: Patologilaboratoriet Ryhov

Förkortade ledtider i Standardiserat vårdförlopp Huvud/hals malignitet möjliggör garantitider för diagnosbesked

Bakgrund

Ovisshet om när diagnosbesked om malignitet skall återkopplas är psykiskt påfrestande för patienter, dels för ovissheten om hur framtiden och resultat blir men även för planering av patienters vardag. Huvud/hals malignitet är obehaglig och växer väldigt fort vilket ger stora biverkningar. Att erbjudas en tid så fort som möjligt är därav en självklarhet. Genom engagerat arbete i processerna, på Patologilaboratoriet och Öron-Näsa och halskliniken i region Jönköping, mot kortare ledtider inom Standardiserat vårdförlopp (SVF) huvud/hals malignitet ges möjligheten att tillgodose en garantitid till diagnosbesked redan vid vävnadprovtagning. De ca 350-400 patienter/år som berörs kan därmed enklare planera sin vardag.

Patientinvolvering

Förutom medverkan av patientrepresentant på utvecklingsdagar på Patologilaboratoriet Ryhov, har lärdomar från tidigare förbättringsarbete tagits där patienter intervjuades. Studie av patienternas upplevelse av garantitid för diagnosbesked är under arbete i syfte till att öka patientsamverkan samt få en ökad förståelse kring patientupplevelsen av arbetssättet och som även skall tillgodoföra förbättringsidéer.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet är att kunna garantera patienter med misstänkt huvud/hals malignitet en tid i handen för diagnosbesked redan vid första besöket om misstanke och provtagning, genom att standardisera processerna och därmed förkorta ledtiderna i SVF. Målet är: Från och med 1: a april 2025 ska 90 % av patienterna på Öron-Näsa och halskliniken i Jönköpings län med misstänkt huvud/hals malignitet, få en "tid i handen" för behandlingsbesked redan vid första besöket, genom processförändringar i ledtider.

Förändringsidé

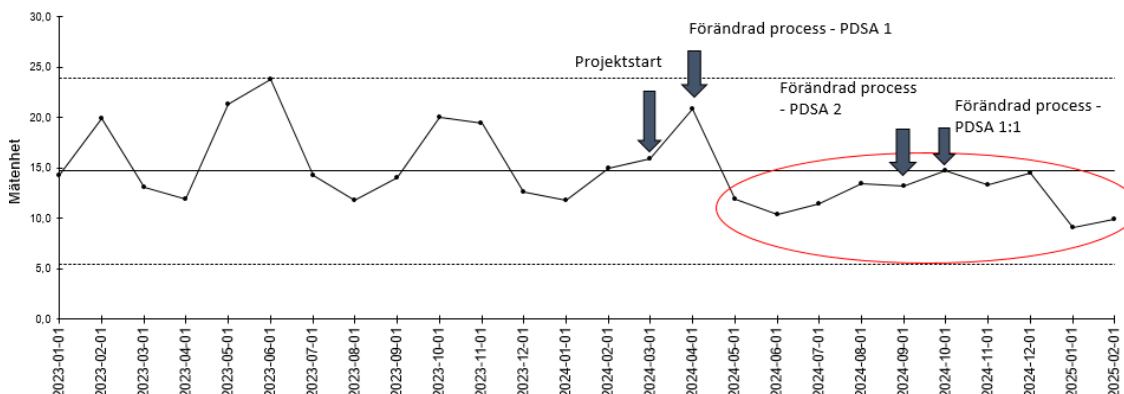
Genom att använda förbättringskunskapens verktyg kunde projektgruppen identifiera förbättringspotential i processerna vilket i sin tur mynnade ut i olika förbättringsidéer. Huvud/hals prover prioriteras från SVF flödet på **14** arbetsdagar till snabbsvarsflödet på **tre** arbetsdagar för att utreda påverkan på ledtiderna. Ett nytt arbetssätt s.k. ROSE (Rapid-on-Set-Evaluation) införs där Cytodiagnostiker deltar under provtagningen för att säkerställa att tillräcklig mängd material för att kunna diagnostisera och därmed undvika omprovtagning. För att kunna tillgodose patienterna med en tid för diagnosbesked införs en garantitid på **sju** arbetsdagar för att patient skall kunna bokas in för diagnosbesked åttonde dagen efter vävnadsprovtagning.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Mätning av medelledtiden för Huvud/hals cancer SVF på Patologilaboratoriet visualiserat i ett styrdiagram för att följa påverkan av förändringar över tid på medelledtiden (Figur 1). Mätning på antal patienter som tillhandahålls en garantitid för diagnosbesked följ i form av stapeldiagram, där även ombokade tider visualiseras för att inte missta dem för att inte ha fått en tid i handen (Figur 2).

Figur 1

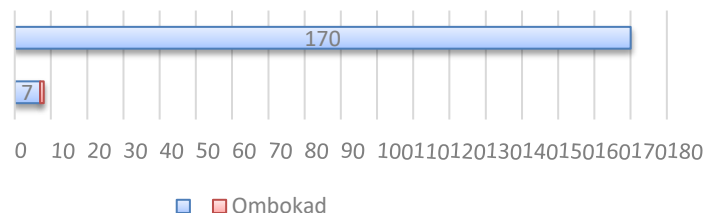
Styrdiagram (XmR) för medellettider på Patologilaboratoriet SVF huvud/hals prover.



Figur 2

Antal patienter som fått en tid i handen SVF huvud/hals av totalt antal bokade patienter 2024/06 – 2024/12.

Totalt antal patienter
Fått en tid i handen



Resultat

Det tar någon månad innan vi kan identifiera en skiftning och standardisering i ledtider. Eftersom mer än åtta punkter, de röda inringade punkterna i figur 1, är under medelvärdet kan vi konstatera en urskiljbar källa till variation trots att vi inte är i mål på sju dagar. Figur 2 visualiserar baslinje-mätning på antal patienter som får en tid i handen jämfört med totala antalet patienter (åtta av 170, varav en ombokad). Denna kommer uppdateras när mer garantitider börjar tillhandahållas. Fr.o.m. 5:e maj 2025 ska alla patienter tillhandahållas en garantitid för diagnosbesked, vilket är en justering av tidsplanen. Vi vill dock säkerställa kvalitet innan vi säkerställer kvantitet.

Nästa steg

Den viktigaste lärdomen i projektet är att, implementering av förbättringskunskap i verksamheter är komplex. Tålmod, följsamhet och intresse är tre viktiga begrepp inom förbättringsarbeten som jag lärt mig hantera. Vi är alla olika och vi lär oss att gå olika vägar för att nå samma mål. Det är en konst att leda kloka och starka individer till att gå en och samma väg, men den förändringspsykologin är vad som är oerhört givande för en förändringsledare. Förutom fortsatt arbete med att kvalitetssäkra processen för en god garantitid och tillhandahålla garantitider, presenteras förbättringsarbetets följsamhet och lärdomar till regionala cancercentrum i samverkan för att sprida innovationer och nya arbetssätt. Satsningen är att arbetssättet skall implementeras i flera vårdkedjor.

Kontaktuppgifter

Namn: Nour Mansour Kurt

Email: nour.mansour.kurt@rjl.se

Arbetsgivare: Laboratoriemedicin Jönköping

Enhet: Kemilaboratoriet Ryhov

Främja hälsa och livskvalitet hos diabetespatienter

Bakgrund

Diabetes är en av de snabbast växande icke-smittsamma sjukdomarna globalt och utgör en stor hälsoutmaning som påverkar många människors livskvalitet. Många diabetespatienter har låg fysisk aktivitet, vilket ökar risken för komplikationer. Fysisk aktivitet är en viktig del av behandlingen men används för lite som en systematisk behandlingsmetod inom vården.

Förbättringsarbetet genomfördes vid vårdcentralen Achima Care i Eskilstuna, där 348 diabetespatienter är registrerade. Syftet var att öka fysisk aktivitet genom DiaAktiv, ett strukturerat arbetssätt som kombinerar Fysisk aktivitet på recept (FaR), individanpassat stöd och systematisk uppföljning. Arbetet inkluderade även personalutbildning för att främja långsiktiga beteendeförändringar och förbättra patienternas hälsa och livskvalitet.

Patienterinvolvering

Diabetespatienter involverades genom individanpassade samtal, där deras aktivitetsnivå, hälsa, behov och hinder kartlades. De fick individanpassad Fysisk aktivitet på recept (FaR) och stöd genom tre strukturerade uppföljningssamtal, där framsteg, motivation och hinder diskuterades. Vid diabeteskontroll 2 utvärderades resultat, ordinationen justerades och behovet av fortsatt stöd kartlades och planerades.

Syfte och Mål

Förbättringsarbetet syftade till att utveckla och implementera DiaAktiv, ett strukturerat arbetssätt för att öka fysisk aktivitet hos diabetespatienter vid vårdcentralen Achima Care i Eskilstuna. Målet var och är att skapa hållbara rutiner för personalutbildning, dokumentation och uppföljning för långsiktiga förbättringar i diabetesvården. Smarta målet var att andelen patienter med 150 aktivitetsminuter per vecka skulle öka från 30 % till 60 % inom sex månader. Minst 90 % av personalen skulle utbildas i det nya arbetssättet. FaR-föreskrivningar skulle öka med 40 %, varav 95 % skulle dokumenteras korrekt i journaler. Minst 80 % av patienterna med FaR skulle få systematisk uppföljning enligt DiaAktiv.

Förändringsidé

Förbättringsarbetet inleddes med att utveckla DiaAktiv, ett nytt arbetssätt som följer patientens aktivitetsnivå från föreskrivning av FaR vid diabeteskontroll 1 till slututvärdering vid diabeteskontroll 2, cirka 16 veckor senare. Konceptet omfattar kartläggning av fysisk aktivitet, individanpassad rådgivning, ordination av FaR systematisk uppföljning genom tre telefonsamtal samt personalutbildning. Personalen utbildades vid fyra tillfällen i konceptet, med fokus på samtalsmetodik och dokumentation. Arbetssättet testades genom fyra PDSA-cykler som därefter utvärderades, justerades och förbättrades.

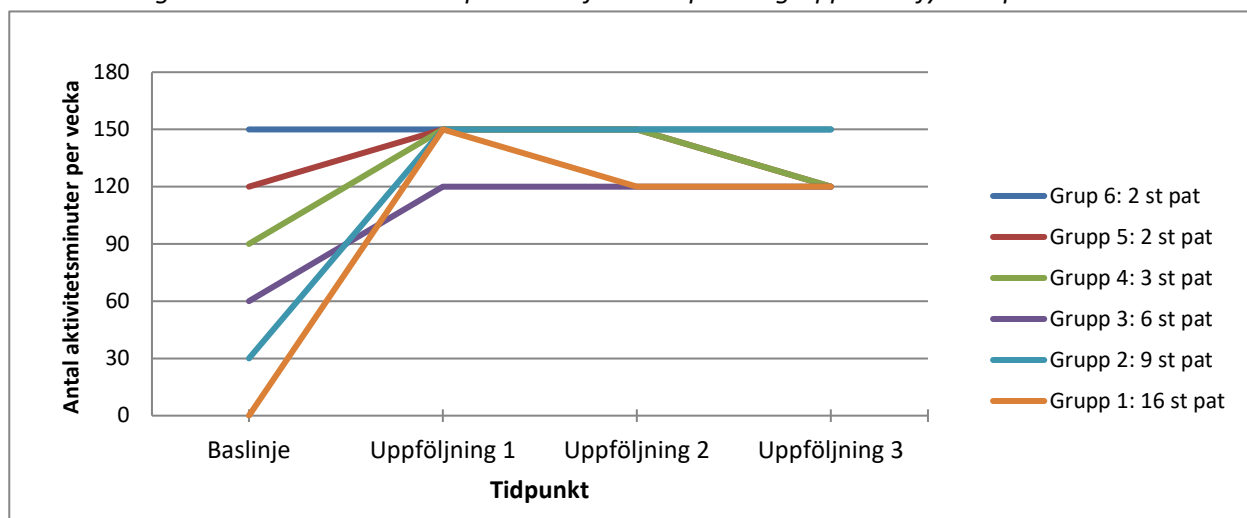
Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att bedöma om förändringen var en förbättring användes Socialstyrelsens indikatorfrågor (Fasta) för att mäta aktivitetsnivå samt KVÅ-koder för att dokumentera FaR och uppföljningar. Resultaten visade att aktivitetsminuter per vecka ökade i samtliga patientgrupper (figur 1), och att antalet föreskrivna FaR steg från 1 under föregående halvår till 12–15 per månad efter införandet av DiaAktiv (figur 2). Uppföljning genom tre strukturerade samtal säkerställde kontinuitet och effekt. Tillsammans visade detta att DiaAktiv ledde till ökad fysisk aktivitet, förbättrad dokumentation och stärkt kvalitet i diabetesvården.

Resultat

Figur 1

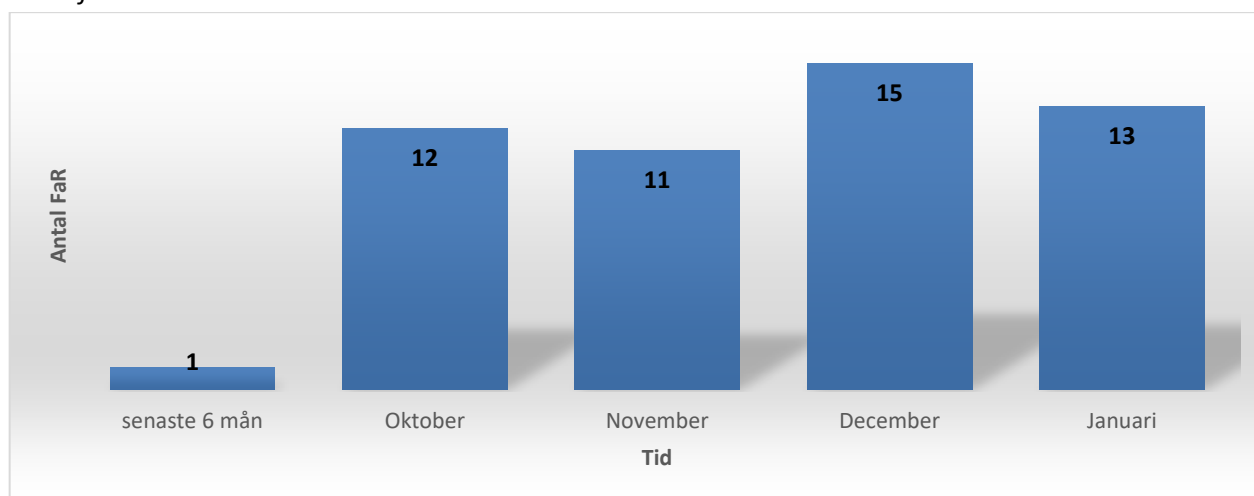
Genomsnittligt antal aktivitetsminuter per vecka för olika patientgrupper vid fyra tidpunkter.



Kommentar. Figuren visar sex patientgruppers aktivitetsnivå vid fyra tidpunkter. Samtliga grupper ökade från baslinjen till Uppföljning 1, därefter varierade utvecklingen. Gruppstorlek framgår av legend.

Figur 2

Antal förskrivna FaR över tid.



Kommentar. Antalet förskrivna FaR under de senaste månaderna. Den första stapeln representerar det totala antalet FaR under de senaste sex månaderna före implementering av DiaAktiv, medan de efterföljande staplarna visar månadsvis fördelning från oktober till januari.

Nästa steg

En viktig lärdom var betydelsen av tydlig dokumentation, regelbunden uppföljning och kontinuerlig personalutbildning. Nästa steg blir att sprida arbetssättet till fler vårdcentraler inom regionen, samt att integrera DiaAktiv i ordinarie vådrutiner. Planer finns även på att vidareutveckla modellen för andra patientgrupper med behov av livsstilsförändringar, exempelvis personer med högt blodtryck eller övervikt.

Kontaktuppgifter

Namn: Paula Mossbäck

Email: [paula.mossback@achima.se](mailto: paula.mossback@achima.se)

Arbetsgivare: Achima Care

Enhet: Fristaden Eskilstuna

Mot en bättre patientupplevelse – Förbättring av nöjdhet och kvalitet i tandvården

Bakgrund

Förbättringsarbetet genomfördes vid en privat tandvårdsklinik i södra Sverige, där 10 357 patienter är registrerade med syftet att förbättra kontinuiteten och kommunikationen i patientvården. Tidigare patientundersökningar och Net Promoter Score (NPS) mätningar visade att bristande kontinuitet och otydlig information om behandlingsplaner och kostnader påverkade patientnöjdheten negativt. Kliniken sätter ett strategiskt mål att uppnå en NPS över 85% och hålla en hög och jämn patientnöjdhet över tid.

Patientkundinvolvering

Patienter involverades genom en systematisk insamling av feedback via NPS. Dessutom användes patientenkäter för att förstå de huvudsakliga utmaningarna i upplevelsen av vården och identifiera potentiella förbättringsområden.

Syfte och Mål

Målet med förbättringsarbetet var att stärka kontinuiteten i behandlarrelationer och förbättra kommunikationen med patienterna. För att uppnå detta sattes specifika delmål, inklusive att öka andelen patienter som träffar samma behandlare vid upprepade besök, förbättra tydligheten i informationen om behandlingsplaner och kostnader samt att höja klinikens Net Promoter Score (NPS) från 72 % till minst 85 % under förbättringsperioden.

Förändringsidé

Förbättringsarbetet genomfördes i PDSA-cykler, där insatser testades, utvärderades och justerades utifrån insamlade data och feedback. En ny schemalägningsmodell infördes för att öka kontinuiteten mellan patienter och behandlare, vilket stärkte tryggheten. Skriftliga kostnadsförslag infördes för att minska missförstånd, öka transparensen och stärka patientens delaktighet. Personalen utbildades i NPS och patientcentrerad kommunikation för att förbättra bemötande och informationsöverföring. NPS-resultat visualiserades löpande för att öka engagemanget och skapa lärande i teamet. Genom dessa stegvisa förändringar skapades en tydligare, mer strukturerad och patientfokuserad vårdprocess som bidrog till ökad patientnöjdhet, arbetsglädje och effektivitet i verksamheten.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att avgöra om förändringen har lett till en förbättring genomfördes två huvudsakliga mätningar. Net Promoter Score (NPS) visade en positiv trend under testperioden, där värdet steg från 72 % till 91 %. Detta tyder på en förbättrad patientupplevelse och ökad lojalitet gentemot kliniken. Figur 1 illustrerar en stabil uppgång, vilket stärker evidensen för en faktisk förbättring snarare än naturlig variation. Utöver detta förbättrades kontinuiteten i vården avsevärt, där andelen patienter som fick träffa samma behandlare vid upprepade besök ökade från 60 % till 90 %. Detta innebär att förändringen har lett till en mer förutsägbar och trygg vårdupplevelse för patienterna, vilket sannolikt har bidragit till den positiva utvecklingen av NPS. Sammantaget indikerar dessa resultat att de genomförda åtgärderna har haft en positiv effekt både på patientupplevelsen och vårdens struktur, vilket gör det tydligt att förändringen har varit en förbättring.

Resultat

Förbättringsarbetet ledde till en ökad patientnöjdhet och bättre upplevelse av kommunikationen inom tandvården. Implementeringen av en mer patientcentrerad schemaläggning och tydligare informationsgivning har lett till mer förutsägbar vård för patienterna.

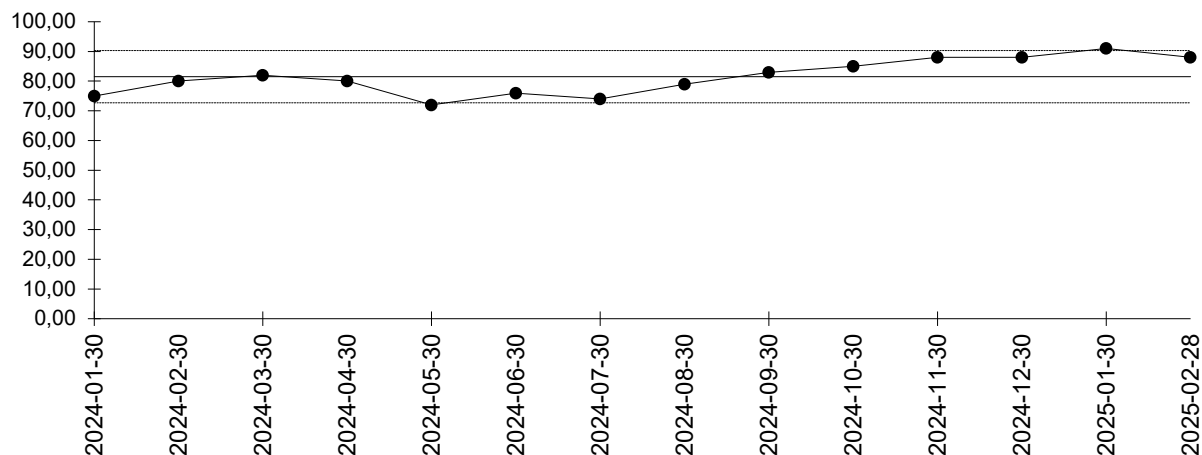
Nästa steg

Framåt fortsätter arbetet med att utveckla nya verktyg för att förbättra patientinformationen, stärka delaktigheten och säkerställa en hållbar och stabil schemaläggning. Fokus ligger på att förfina rutiner och kommunikationsflöden för att ytterligare förbättra patientupplevelsen och effektiviteten. Fler

förbättringsarbeten planeras, med målet att kontinuerligt höja vårdkvaliteten, stärka arbetsmiljön och bygga vidare på det engagemang som etablerats hos medarbetarna.

Figur 1

NPS-utvecklingen från januari till december 2024.



Kommentar. Diagrammet visar en successiv förbättring, där NPS steg från 72 % till 91 % och bibehölls över målet under årets sista kvartal.

Kontaktuppgifter

Namn: Sara De Zylva

Email: Saradezylva@live.se

Arbetsgivare: Privat tandvårdsklinik i Skåne

