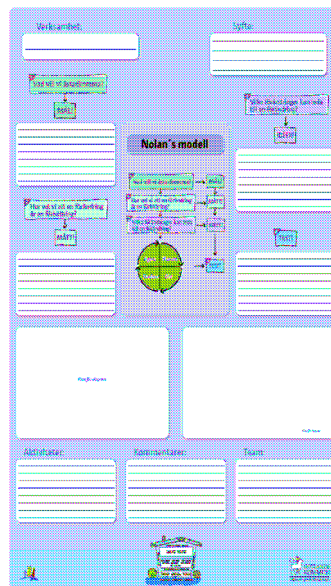


KURS I

FÖRBÄTTRINGSKUNSKAP

09/10



Team från:

- Kirurgkliniken
- Klintehamns Vårdcentral
- Kvinnokliniken
- Ortopedkliniken
- Röntgenkliniken
- Vårdcentral Wisby Söder

2010-05-31
Christian Eriksson
Gunnar Ramstedt
Leif Olsson
Per Stenberg

Inledning/Bakgrund

Hur vi förbättrade vården och ST-läkarnas utbildning - på en och samma gång.

Hälso- och sjukvård befinner sig ständigt i förändring. Vetenskap och beprövad erfarenhet är inget statiskt tillstånd. Det som var god vård igår är inte självklart god vård idag och är ännu mindre säkert god vård i framtiden. Förr opererades magsår. Idag behandlar vi med tabletter i stället - mer framgångsrikt. Väntetid mellan en provtagning och besked om resultat var förr en tvingande verklighet som ingen reflekterade över. Idag betraktas den tiden som onödigt spill, utan värde för patienten.

Kunskap om hur man granskar en verksamhet med syfte att åstadkomma förbättringar har vunnit genomslag i sjukvården. Begreppet God Vård finns fastslaget i Socialstyrelsens författning om hur ledningssystem ska byggas. Där beskrivs en numer vedertagen metod för att få till stånd sådana förbättringar genom att sätta upp konkreta mål, pröva idéer till ändrade rutiner i liten skala, mäta resultaten och, när dessa faller väl ut, genomföra i större skala.

Metoden är alltså given, men den förutsätter vissa framgångsfaktorer. En är läkarmedverkan. Läkarens nyckelroll i sjukvård visar sig vid omprövning av rutiner. Nya metoder måste accepteras och befrämjas av läkare för att vinna genomslag. En annan viktig framgångsfaktor är att ansvariga chefer sanktionerar och följer upp initiativ till förbättringar. En tredje betydelsefull grund för att förbättringsarbete ska kunna lyckas är att det finns ett tydligt patientfokus, att den önskade förbättringen har ett värde för våra patienter utifrån en helhetssyn och i samverkan mellan de olika professionerna.

För två år sedan infördes en ny målbeskrivning för läkares utbildning till specialister. Där skrevs flera nya kompetensmål in, bland annat att dessa blivande specialister ska tillägna sig kunskaper i förbättringsarbete med patientfokus. ”Målet är att kunna initiera, delta i och ansvara för kontinuerligt systematiskt förbättringsarbete med betoning på helhetsperspektiv, patientsäkerhet, patientnytta, mätbarhet och lärandestyrning för att kritiskt kunna granska och utvärdera den egna verksamheten.” Med andra ord en direkt referens till God Vård.

För oss som sedan 10 år arbetat med projekt för ökad tillgänglighet och förbättrat flöde i patientprocesser blev detta startskottet för en praktisk tillämpning som kunde förena två goda ting i ett: Evidensbaserat förbättringsarbete som leds av läkare kombinerat med ett väl tillgodosett utbildningskrav för våra ST-läkare. På köpet fick vi sammansvetsade team i sex olika verksamheter, en kompetens som kan leva vidare till fortsatt gagn för våra patienter.

Innehållsförteckning

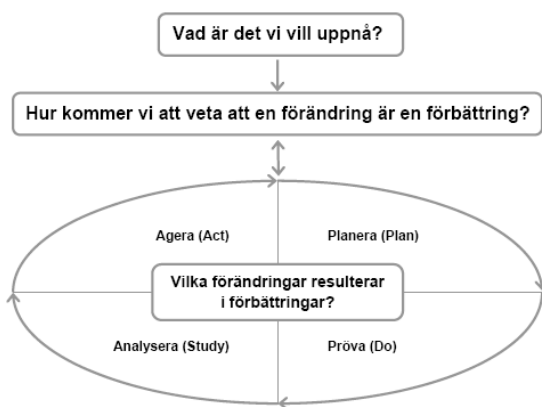
Inledning/Bakgrund	2
Syfte	4
Metod och genomförande:	4
Förbättringsteamens slutrapporter	7
Team: Kirurgkliniken – Patientinformation	7
Team: Klinte vårdcentral, Gotlands Kommun	11
Team: Kvinnokliniken.....	18
Team: Ortopedkliniken, Visby Lasarett	23
Team: Röntgenkliniken	28
Team: Vårdcentral Wisby Söder	34
Erfarenheter och resultat från kursen förbättringsarbete ur ett chefsperspektiv.....	42
Diskussion – kursledning	43
Teamens självskattning mm	44

Syfte

- Utveckla vården för våra patienter
- Erbjuder ST-läkare utbildning i Förbättringskunskap, som uppfyller nya målbeskrivningen för ST-tjänstgöring
- Erbjuder verksamhetscheferna stöd i aktuella förbättringsarbeten, t.ex. inom ramen för den Nationella satsningen för ökad patientsäkerhet
- Utbilda medarbetarna i praktiskt förbättringsarbete (en av grundstenarna i Lean)
- Omsätta vår värdegrund i praktiken (Ständiga förbättringar, God vård, Värde för patienten, Delaktighet mm)
- Att arbeta i enlighet med Socialstyrelsens intentioner i skriften *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*

Metod och genomförande:

Utbildningen bygger på ett systematiskt, lärandestyrt förbättringsarbete där tvärprofessionellt sammansatta team arbetar målmedvetet med ledningens stöd. Tydliga och patientfokuserade mål sätts upp och förbättringsidéer testas i liten skala. Efter utvärdering sker tester i större skala och förändringar som leder till faktiska förbättringar för patienterna genomförs.



Tom Nolas modell av PDSA-cykeln

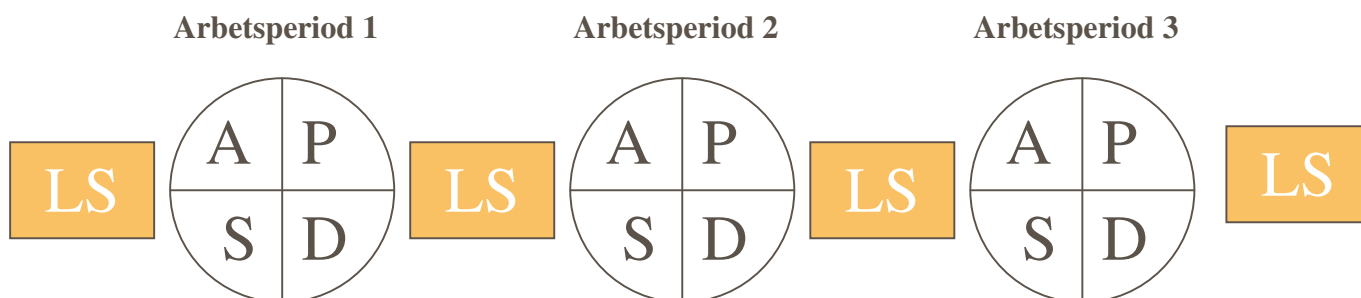
Hur utveckla kvaliteten i vården?



Paul Bataldens beskrivning av förbättringskunskap

Bilderna är hämtade från Socialstyrelsens skrift God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården

Tidsplanering:



Upptakts seminarium 0 (LS0) 14 oktober

Här läggs grunden för teamens förbättringsarbete. Teamen arbetar med att formulera syfte och mätbara mål och hur måluppfyllelse löpande ska mätas. Lokal inspiratör delar med sig av erfarenheter från genomfört förbättringsarbete. Information om den pågående Nationella satsningen för ökad patientsäkerhet

Arbetsperiod 1 (AP1)

Ovanstående mål och syfte förankras med respektive verksamhetschef samt en nulägesmätning genomförs och rapporteras.

Lärande seminarium 1 (LS1) 11 november

Teamen tar fram förbättringsidéer och planerar för vilka förändringar som ska testas i liten skala och utbyter erfarenheter med övriga team. Inspiratör kring förbättringsarbete från Sveriges Kommuner och Landsting delar med sig av erfarenheter från nationell nivå.

Arbetsperiod 2 (AP2)

Under arbetsperioden testas så många förbättringsidéer som möjligt. Idéerna prövas under kort tid och i liten skala i PDSA-cykler. Erfarenheter och resultat rapporteras i månadsrapporter

Lärande seminarium 2 (LS2) 24 mars

Erfarenhetsutbyte mellan teamen. Teamen planerar tester i större skala för sådana förändringar som verkar lovande samt små tester av nya idéer. Planering för spridning av erfarenheter.

Arbetsperiod 3 (AP3)

Testerna fortsätter och involverar fler och fler i verksamheten. Förberedelser och postertillverkning med erfarenheter och uppnådda resultat inför posterutställningen vid LS3. Erfarenheter och resultat rapporteras i en månadsrapport samt sammanfattas i en slutrapport.

Spridnings seminarium 3 (LS3) 5 maj

Teamen redovisar erfarenheter och uppnådda resultat för varandra och inbjudna gäster samt planerar för hur förbättringsarbetet ska leva vidare efter utbildningens slut.

Förbättringsområde

Teamen väljer tillsammans med sin verksamhetschef ett förbättringsområde med patientfokus.

Team

De tvärprofessionellt sammansatta teamen ska bestå av 3-5 deltagare, varav minst en läkare. Varje team som deltar ska ha ledningens bifall och stöd i arbetet. Alla verksamheter inom HSF är välkomna att delta. Denna gång vänder vi oss i första hand till ST-läkare som teamledare.

Deltagarnas ansvar

- Delta vid samtliga fyra lärandeseminarier
- Genomföra ett praktiskt förbättringsarbete. I arbetet ingår det att sätta mål, planera, genomföra och utvärdera minst 3 tester samt att mäta måluppfyllelse över tid.
- I "månadsrapporter" redovisa vilka aktiviteter som gjorts samt resultat och erfarenheter.
- Sprida erfarenheter och resultat.

Verksamhetschefs ansvar:

- Ge tid och resurser för att team medlemmarna ska kunna delta vid lärande seminarier och genomföra ett praktiskt förbättringsarbete. En framgångsfaktor är regelbundna träffar för teamet. Rimligt är ca 1 tim/vecka.
- Efterfråga resultat
- Sprida erfarenheter och resultat.

Styrgruppens ansvar

Chefläkare, Kvalitetschef och respektive team verksamhetschef.

- Fastställa projektplan
- Vid behov prioritera deltagande team
- Besluts forum för övergripande beslut kopplade till utbildningen
- Efterfråga och vid behov sprida resultat
- Mottagare av utvärdering och slutrapport

Kvalitets och utvecklingsenhetens ansvar

- Planering och genomförande av lärande seminarier
- Ge metod- och handledarstöd till teamen
- Fortlöpande hålla styrgruppen informerad
- Hemsida på intranätet för deltagande team
- Sammanställa slutrapport utifrån teamens månadsrapporter

Förbättringsteamens slutrapporter

Team: Kirurgkliniken – Patientinformation

Syfte med deltagandet i Genombrott: <i>(Teamets syfte)</i>	Teammedlemmar:
<i>Ökad patientsäkerhet genom att en delaktig påläst patient med större möjlighet att reagera vid avvikelse från förväntat post operativt förlopp.</i>	Per Lindström ST-läk, per.lindstrom@gotland.se Kerstin Patriksson-Juhlin, Sekr kerstin.patriksson-juhlin@gotland.se Eva Henningson, Ssk eva.henningson@gotland.se Anders Sjöqvist Överläkare anders.sjoqvist@gotland.se
Population <i>(Beskriv vilka patienter/vårdtagare som har ingått i projektet)</i>	
Patienter aktuella för elektiv Ljumsnbräck och gallkirurgi på kirurgkliniken. Ca 200 patienter per år.	

Bakgrund och problem: *(Kortfattad bakgrundsbeskrivning)*

Tidigare informationssystemet var åldrat, fungerade ej och användes endast lite.

Mål: *(Mätbara och tidsatta mål)*

Vårt mål är att alla kirurgpatienter som genomgått elektiv ljumsnbräck och gallkirurgi från och med 5 maj, 2010 skall ha fått skriftlig information vid hemgång.

Mått: *(Beskriv de mått som använts)*

Enkät svar + Linjediagram mätning

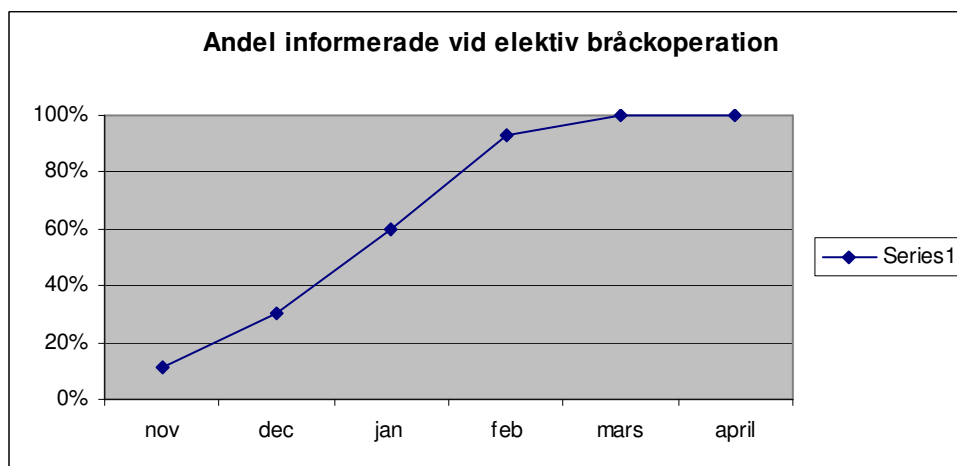
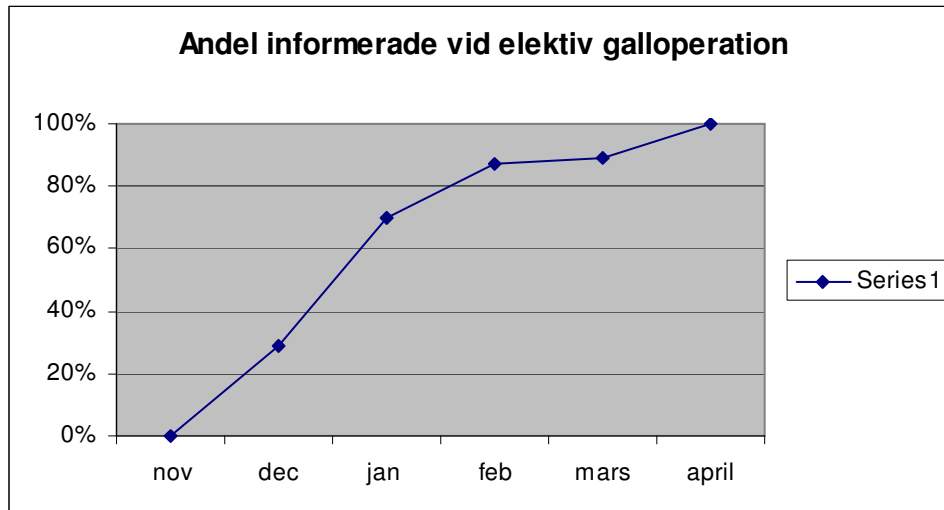
Hur gjordes mätningarna? *(Beskriv hur mätningarna genomförts)*

Kontroll i vilken utsträckning patientinformationsbrev lämnades ut till patienter.

Resultat: (Redovisa i form av diagram inkl. Kommentarer)

Vi har valt att mäta resultaten av förbättringsarbete dels genom att i Take Care läsa ut om de som opererats fått de brev vi lanserat genom detta projekt dels genom enkäter som delades ut i början av arbetet.

Vi har mätt över tid i vilken utsträckning patienterna fått med sig det brev vid hemgång som vi lanserat i detta förbättringsarbete.



Diagrammen visar att breven i mycket hög utsträckning delas ut till patienterna efter operationen och att klinikens läkare använder systemet fullt ut.

Enkät resultat:

Vi skickade i början av projektet ut enkäter till 20st patienter som opererats för ljumskbråck respektive kolecystektomi elektivt på våran klinik. Vi fick in 18 svar.

45 % av de tillfrågade hade fått skriftlig information kring operationen.

75 % Ljumskbråcksopererade tyckte att det var viktigt med skriftlig information.

88 % av de gallopererade tyckte att det var viktigt med skriftlig information.

Förändringar som testats: (Tala om vilka förändringar som varit lyckade respektive mindre lyckade)

Försök gjordes att införa brev kring operationer med flexibla valmöjligheter via blankettfunktionen i Take Care, men detta misslyckades. Ljumskbråcksopererade testades

enligt specifik testcykeljournal, där vi helt enkelt lanserade systemet för patienter aktuella för ljumskbråckskirurgi och utvärderade sedan testet med enkätsvaren och i vilken utsträckning breven efter operation hade delats ut. Testet föll väl ut. Systemet användes av klinikkens läkare och patienterna önskade skriftlig information varför vi lanserade patientinformationen kring ljumskbråck och testade de som opererats för gallan på samma sätt.

Aktiviteter: *(Viktigaste aktiviteterna under projektiden)*

- Producera informationsmaterial kring operationer.
- Informationsaffisch kring projektet.
- Information till kollegor.
- Enkät insamling
- Linjediagrams mätning
- Information kring projektet på APT

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Vi har under projektets gång korrigerat målet för att göra det möjligt att uppnå. Vi hade tidigare ambitionen att producera betydligt mer patientinformation, men det blev en alldeles för stor uppgift. Vi har nu producerat information kring de vanligaste operationerna och gjort ett fungerande system att bygga vidare på.

Så här arbetar vi vidare: *(Beskrivning av teamets fortsatta arbete)*

Vi kommer att fortsätta sprida information kring projektet och producera ytterligare information. Vi har som spridningsmål att informera kirurgklinikens anställda med fokus på läkargruppen. Målsättningen är att de flesta anställda på kirurgkliniken skall känna till patientinformationsmaterialet och läkargruppen skall aktivt dela ut materialet till berörda patienter.

Aktiviteter:

Läkargruppen APT presentation – Per
Affisch Spridning – Per
Kirurgmottagningen APT presentation –Eva
Kirurgavdelningen APT presentation - Per
Kirurgsekreterarna APT presentation – Kerstin

Vi avser producera ytterligare patientinformation. Vi har försökt få andra på kliniken att hjälpa oss med detta, men det har ej fallit ut utan det är vi i förbättrings teamet som tagit fram allt material hittills. Vi får därför koncentrera oss på de vanligaste och viktigaste operationerna och ta en sak i taget. Per planerar ta fram material kring åderbråck härnäst och skall ta reda på hur man jobbar kring patientinformation vid operationer på tjocktarmen på andra kliniker.

Avseende förvaltningen av det material som tagits fram förväntas den läkaren som ansvarar för respektive område dvs ansvarar kring register och PM kring aktuell information även ansvara för att patientinformationen är korrekt och uppdaterad.

Kommentarer: (Övriga kommentarer)

Vi har under arbetet stött på en rad problem i vårt projekt. Projektet har känts angeläget och vi har fått mycket uppskattning. Dock har systemet ej blivit riktigt det vi hoppats på och vi har inte ännu producerat så mycket material vi hoppats på. Tanken kring att bygga ett system i Take Care's blankett system gick ej att genomföra. Per har blivit upptagen i annan administration kring ST utbildningen, bräckregistret och ett annat förbättringsarbete. Eva var borta en längre tid på semester. Anders har åkt på ett längre militär uppdrag i stilla havet. Produktionen av informationsmaterial går ej som tänkt och vi försökte ta hjälp av andra kollegor, men utan framgång. Mätning via linjediagram gick i baklås och vi fick aktivt besluta vad som egentligen skulle mätas.

Vi har fått dra tillbaka de bilder vi använt i materialet pga. upphovsrättslagen. Vi har nu fått hjälp av Linnea Ehn som har tecknat nytt bildmaterial. Vi har efter teamledarträffen valt att begränsa hela arbetet till bräck och gallor. Vi har börjat försöka behandla all insamlad data från enkäterna vilket var svårare än vi hade tänkt och vi fick pga. tidsbrist lägga det på is.

Vi upplever att det funnits ett stort behov av standardiserad skriftlig information som är lättillgänglig. Både patienter och kirurger har efterfrågat detta och det var därför lätt att få det i drift och det talar starkt för att systemet kommer att leva vidare. Det är angeläget att utveckla systemet till att innehålla information kring fler operationer och tillstånd. Problemet är att vi trots ansträngning ej lyckats få någon annan läkare på kliniken så engagerad att denne själv producerar informationsmaterial vilket innebär att det ligger på oss i teamet. Pga. att detta är tidskrävande kan det väntas system utvecklas långsamt framgent. Att förvalta och uppdatera materialet är enklare och det finns på klinken en naturlig funktion som ansvarar för respektive område.

Att arbeta med Förbättringskunskap:

- **Fördelar**

Spännande att vara med att utveckla och förbättra verksamheten.

- **Nackdelar**

Tidskrävande

- **Mest givande**

Att se systemet fungera

- **Svårast**

Att begränsa projektet.

- **Lärdomar**

Det har varit lärorikt och utvecklande att jobba som team. Den viktigaste lärdomen var nog vikten av att begränsa arbetet och förstå att det var vi i teamet som själva fick dra det stora lasset, det är svårt att få någon utifrån så pass engagerad att de lägger ned mycket tid i vårt arbete.

Team: Klinte vårdcentral, Gotlands Kommun

Syfte med deltagandet i Genombrott: (<i>Teamets syfte</i>)	Teammedlemmar:
Att förbättra teamarbetet kring patienter med stress och somatisering och minska deras vårdbehov.	<i>Roland Koch, ST-läkare Allmänmedicin</i> <i>Eva Jetsell, Distriktssköterska,</i> <i>Verksamhetschef</i> <i>Eva Månsson, Psykolog</i> <i>Ann-Marie Silén, Distriktsläkare</i>
Population (<i>Beskriv vilka patienter/vårdtagare som har ingått i projektet</i>)	
Alla nya patientfall som presenteras i vår multimodal teamkonferens med diagnoser F43.* (stressreaktion/PTSD), F45.* (somatisering), F51.1 (primär insomni), F59.* (psykogen fysiologisk dysfunktion) där man beslutar i team att de är lämpliga för multimodal behandling. Vid varje multimodal teamkonferens kan mellan 1 och 2 patienter rekryteras för detta, så att man har mellan 1 och 4 patienter varje månad som ingår i förbättringsarbetet.	

Bakgrund och problem:

Klinte vårdcentral är en liten vårdcentral på Gotlands västkust, 3 mil söder om Visby. I upptagningsområdet ingår drygt 4000 patienter. Vi har sedan drygt 10 år tillbaka haft ett multimodalt team som arbetar med komplexa sjukdomstillstånd såsom stressrelaterade sjukdomar och somatisering.

I litteraturen finns ett flertal positiva exempel på lyckad behandling, stabilisering och reducerad kostnad för samhället genom multimodalt teamarbete. Sveriges kommun- och landsting införde därför s.k. ”rehabiljarderna”. Med dessa pengar får multimodala team utökade resurser för att kunna stödja patienter med ovan nämnda problem.

Samtidigt som teamarbete ger utökade kompetens och behandlingsmöjligheter, så finns också vissa risker som stereotyp rollfördelning, otydliga ansvarsområden och olika uppfattningar gällande diagnostik och behandling. Vägen till ett fungerande team är en dynamisk process som kan upplevas som tidskrävande, ineffektiv och ostrukturerad. Detta återspeglas bland annat i läkarens ambivalenta inställningen till teamarbete.

Denna bakgrund leder till några förbättringsområden i ett multimodalt team såsom roller och ansvarsområden, målsättning, struktur och kontinuitet i behandlingsprocessen, kommunikation och dokumentation. Från patientperspektivet tyckte vi att målsättning, kontinuitet och trygghet är områden som har högst prioritet i förbättringsarbete.

Mål:

- 3 månader efter börjad behandling genom multimodala teamet skall alla patienter ha 75 % mindre vårdkontakter. Som utgångsvärde definieras högsta värdet under tidsperioden 30 dagar före till 29 dagar efter rehabkonferensen. Antalet besök ska minskas både till primär- och slutenvård. Målet skall vara uppnått 2010-04-30.
- Alla patienter med diagnoser enligt populationsbeskrivningen som ingår i multimodala teamets arbete skall ha dokumentation kring arbetsdiagnosen, behandlingsmålet, samt åtgärdsplanen vid uppföljningssamtalet (andra samtalet) i konferensen. Målet skall vara uppnått 2010-04-30.

Mått:

- Vi mäter vårdkontaktarna med lasarettet (via Take Care) och med vårdcentralen (via Medidoc) under tre månader innan patientfallet har presenterats i teamet, under pågående behandling, samt 3 månader efter avslutad behandling. Mätningen sker kontinuerligt och månadsvis (i 30 dagars intervall).
- Vid uppföljningssamtalet för vi en lista på vilka patienter som ingår i förbättringsarbetet som har en arbetsdiagnos, ett behandlingsmål, samt en åtgärdsplan.

Hur gjordes mätningarna?

- En teammedlem (RK) granskade journalsystemen Take Care och Medidoc och registrerade alla vårdkontakter som innebar personlig kontakt mellan patient och sjukvården (t.ex. telefonsamtal, mottagningsbesök, akutbesök).
- En teammedlem (RK) granskade multimodala teamets dokumentation i journalsystemet Medidoc.

Resultat:

Mål 1: Minskning av vårdkontakter

Median antal vårdkontakter med vårdcentralen och lasarettet (inkl planerade besök till teamet)

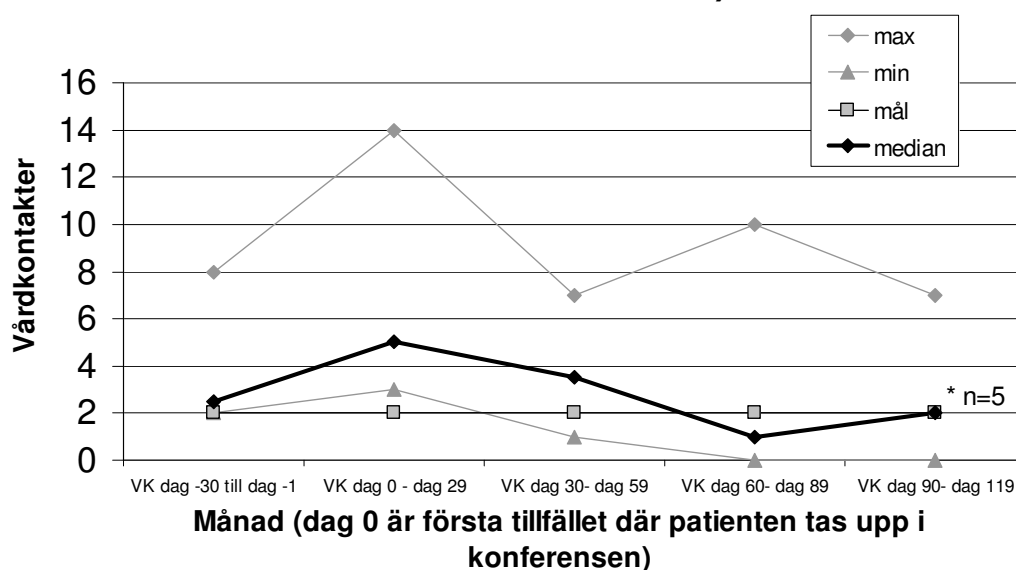


Diagram 1: alla vårdkontakter till lasarett och vårdcentral

Diagram 1 visar medianen av antalet vårdkontakter till primärvård och slutenvård inklusive planerade besök till multimodala teamet (t.ex. sjukgymnast/psykologbesök, läkarbesök på grund av förlängning av sjukskrivning mm.) för alla patienterna (n=8) som inkluderades i arbetet. Målet beräknades enligt målbeskrivning.

Eftersom patientmaterialet var begränsad på grund av långa behandlingstider är det angeläget att också betrakta enskilda patientförlopp. I följande tabell presenteras därför en "per fall" presentation av mätbart mål och måluppfyllelse. Patient 6-8 är inte med i tabellen på grund av att fallet inte ännu var avslutat vid slutrapporten.

	konferens	max besök baseline	mål (25 % av baseline)	Besök 3 mån efter beh.	mål uppfyllt?
Patient 1	1	8	2	2	Ja
Patient 2	1	4	1	0	Ja
Patient 3	2	8	2	1	Ja
Patient 4	2	14	3,5	2	Ja
Patient 5	3	5	1,25	7	Nej

Mål 2: dokumentation av målsättning och åtgärdsplan

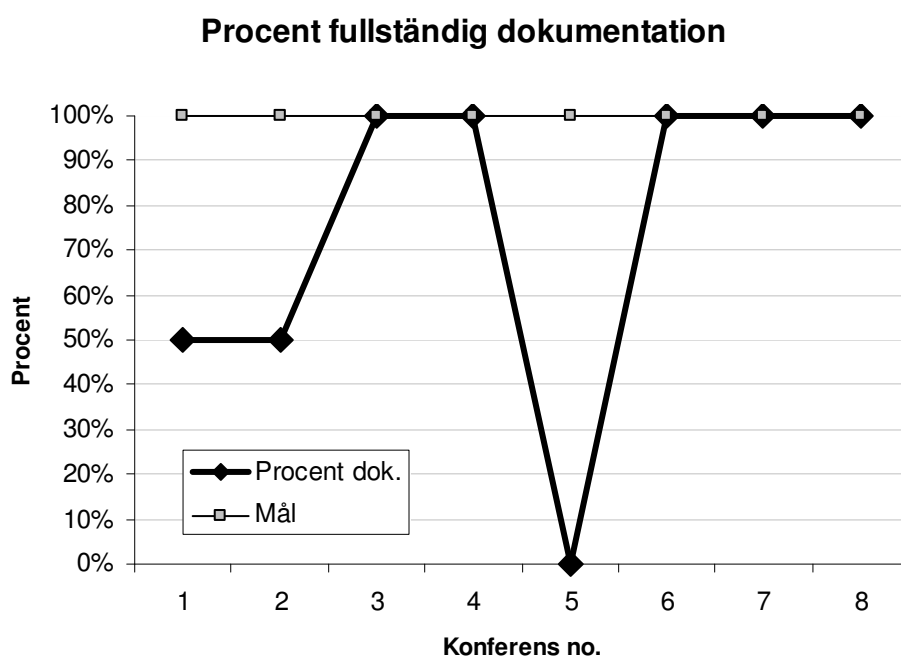


Diagram 2: Antal patienter som har arbetsdiagnos, målsättning och åtgärdsplan vid uppföljningssamtalet

Diagram 2 visar hur många patienter som hade en dokumenterad målsättning, åtgärdsplan och arbetsdiagnos vid rehabkonferensen. Om fler än 2 patienter togs upp vid en rehabkonferens har median beräknats.

Förändringar som testats: (Tala om vilka förändringar som varit lyckade respektive mindre lyckade)

1. Bättre mötesstruktur; Introduktion enligt följande kriterier: Innan en patient tas upp, så tar ansvarig DL reda på social situation, sjukskrivning/försäkring, medicinering/tidigare terapier, patientens problem och behandlarens problem, motivation till terapi. Testet analyseras 8/12 muntligt. RK och AMS testas.
 - a. Resultat: Vi gör det hos nya patienter, det blir en bättre "dagordning" i presentationen. Däremot så är det svart att komma ihåg alla punkter. RK skriver en "checklista" /kom-ihåg-lapp. En ny test startas 12/1-2010 med checklistan
2. Dokumentation under eget sökord efter mall: AMS och RK dokumenterar sina patienter under mallen "Teamanteckning" som innehåller sökorden "kont orsak/diagnos/mål/åtg-plan/bed+åtg". Diskuteras 8/12 muntligt.
 - a. Resultat: Med hjälp av mallen går det snabbt att dokumentera. En del uppföljningspatienter har hittills fått den typen av dokumentation. Nytt test där vi mäter hur många patienter som dokumenteras på det sättet - Diskuteras 12/1
3. ny struktur i behandlingsprocess: 3 konsekutiva möten (nybesök, uppföljning, avslutning) med definierat innehåll och syfte. Alla i förbättringskunskapsteamet jobbar på det sättet nu i rehabkonferens. Värdering muntligt 12/1-2010.
 - a. Resultat: Hittills har vi endast haft nybesök och uppföljningssamtal (långa behandlingstider!), varför vi värdera testet 23/2. I denna värdering ingår även resultat av test 4 (se nedan)
4. från och med 12/1 mäter RK hur många av sina och AMS patienter som fick en dokumenterad nybesöksanteckning/uppföljningsanteckning och slutanteckning. Patienten får endast räknas om alla tre samtalen har genomförts och dokumenterats enligt mallen. Värdering med statistik 23/2.
 - a. Resultat: Se Diagram 2; Vi måste bli bättre på att dokumentera. Framför allt slutbedömningar tappar vi bort. Se test 7.
5. RK testas med sina egna nyrepresentationer den checklistan han skrev tillsammans med EM. Erfarenheter samlas. Värdering muntligt 23/2.
 - a. Resultat: RK Känner att han är mer noggrann när han tar upp patienter vid nybesökssamtalen i gruppen. EM tycker att det fungerar bättre och bättre. Man kommer överens om att ändra på Checklistan och göra den till en dokumentationsblankett som sparas i en pärm av rehabkoordinatören. Se test 7.
6. en arbetsterapeut och en rehabkoordinator kommer att finnas med under konferensen. Konferensen utvidgas och alla långvariga sjukskrivningar tas upp och får 1,5 h varje gång (14:30-16:00). Vi bibehåller strukturen med nybesök, uppföljning och avslutning och använder den även för patienter utan stressrelaterade sjukdomar eller somatisering.

Testet utvärderas vid nästa kursdag i förbättringskunskap.

 - a. Resultat: Alla känner sig nöjda med att vi nu har fler personalgrupper i teamet. Omställningen har visat att vårt arbetssätt fungerar på alla patienter, så vi kommer att använda strukturen med nybesök – uppföljning – avslutning för patienter med långvariga sjukskrivningar och komplexa problem.
7. Från och med konferensen 23/3 använder vi Dokumentationsblanketten för Patientfall som sparas i en pärm av rehabkoordinatören. Målet med testet är att vi inte ska tappa bort patienterna som är färdigbehandlade.
 - a. Resultat: Dokumentationen på papper leder till att dokumentationen i datajournalen glöms bort. Därför använder vi dokumentationsblanketten enbart som mall respektive stöd vid första patientintervjun och nybesöket. Däremot

gör vi en lista på alla patienter på konferensen där vi checkar av om det har funnits nybesök, uppföljning och slutbedömning. Det blir rehabkoordinators uppgift.

8. Som sista test kom vi överens om att arbeta ytterligare med målsättningen. Från och med 20/4 kommer vi att använda standardiserade enkäter (ÖMPSQ (Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire; Linton & Halldén, 1997) vid smärtor; Stress and Crisis Inventory – 93 (Nyström O. & Nyström C.) för att mäta stress och somatisering, BDI (Beck's depression index) resp. BAI (Beck's anxiety index) vid ångest och depression). De skall hjälpa oss i görligaste mån att alltid formulera ett mätbart mål vid uppföljningen (t.ex. mindre ångest = BAI minskning av 50 % i symptomscore mm.).
 - a. Resultat: test pågår.

Aktiviteter: (Viktigaste aktiviteterna under projektiden)

- Vi har haft ett möte angående ämnen vi tyckte var viktiga att prioritera (behandlingsprocess och mål), där vi kom fram till ovanstående tester.
- Vi har diskuterat omkring arbetsprocessen, samt hur vi kan bygga in multimodala teamets arbete i rehabkoordination/sjukskrivningsprocessen.
- Vi har utvecklat ett flödesschema hur vi föreställer oss arbetet skall ske med hänsyn till ovanstående. Se bilaga 1.
- Vi har definierat diagnosgrupper, samt gjort en skriftlig sammanfattning angående dessa. Detta kan nu användas som mall när vi diskuterar kring patienterna. Se bilaga 2.
- RK har skrivit en checklista om vilka frågor skall ställas till patienterna samt skickat den till EM för bedömning och förbättring. Denna checklista har sedan efter värdering förbättrats och gjorts om till en dokumentationsblankett för patientfall inom rehabkonferensen. Se bilaga 3.
- RK gick på en teamledareträff.
- Vi har haft en av förbättringskursens organisatörer med vid en teamkonferens och en rehabkonferens.
- RK skapade en lista för rehabkoordinatör där alla pågående patientfall kan dokumenteras på ett överskådligt sätt. Se bilaga 4.
- RK och EM granskade olika formulär resp. symptomenkäter och skall presentera resultatet 20/4.
- Vi har haft en teamdiskussion kring olika symptomenkäter samt hur dessa skall användas. Vi kommer att använda ÖMPSQ (Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire; Linton & Halldén, 1997) vid smärtor; Stress and Crisis Inventory – 93 (Nyström O. & Nyström C.) för att mäta stress och somatisering, BDI (Beck's depression index) resp. BAI (Beck's anxiety inventory) vid ångest och depression.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Att mäta vårdkontakter med lasarett och vårdcentralen är, trots att den ha använts i medicinska studier, ingen allmänt etablerad metod för att kunna dra medicinska slutsatser. Däremot kan man med viss praktisk erfarenhet tänka sig att en patient som känner oro oftare kommer att söka sig till vården. Dessutom är vårdkontakter direkt relaterade till kostnad för samhället. Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv är det således viktigt att patienter med stress och somatisering a) behandlas på korrekt vårdnivå och b) ha kontakt till vården som motsvarar deras medicinsk behov.

Resultaten i mätningarna visar att antalet vårdkontakter lämpar sig väl som ett mätverktyg hos

patienter med stress och somatisering. Det vore viktigt att etablera denna parameter som ett lämpligt och validerat mått, t.ex. genom att korrelera antal vårdkontakter till psykometriska tester (t.ex. Hospital Depression and Anxiety Scale, HADS) och till ekonomiska utvärderingar.

Vi kunde uppfylla målet gällande hela gruppen (n=8) av patienter. I ”per fall” analysen har det visat sig att en av 5 patienter (20 %) inte kunde uppfylla det individuella målet. Det beror på att denna patient hade en ökning av vårdkontakter som skedde från dag 30 till dag 59 efter konferensen. Vi har följt patienten ytterligare under en månad (dag 120 till dag 149) och det visade sig att vårdkontakterna gick ner till 3 besök under denna period.

Dessa resultat är förvånande. Vi hade inte räknat med en måluppfyllelse redan 3 månader efter kontakt till multimodala teamet. Denna effekt kan bero på de undersökta sjukdomstillstånd (stress och somatisering, inga ”renodlade” depressioner eller ångestsjukdomar), vilka har ett spontanförlopp. Å andra sidan kan en selektionseffekt finnas, eftersom enbart de patienter inkluderas i teamet som är motiverade till att behandlas av ett multimodalt team. Därför är det inte möjligt att använda det här materialet för att påvisa multimodala teamets effektivitet i att behandla patienter.

Slutsatsen är således att multimodal teambehandling kan ha en effekt på att minska vårdkontakterna till vårdcentralen och lasarettet redan 3 månader efter börjad behandling. Ett större patientmaterial, längre observationstid (>6mån) och eventuellt en kontrollgrupp är dock obligatoriska för att bekräfta denna slutsats.

Gällande dokumentation av uppföljningssamtal har vi med ett undantag (konferens 4) nått målet. Vid sista mätningstillfället (2010-04-01) hade alla patienter ett dokumenterat behandlingsmål, en åtgärdsplan och en arbetsdiagnos. Detta leder till att målet och bemötande gentemot patienten inte längre är personbundet, utan gäller för hela teamet. Patienten får samma budskap av alla teammedlemmar, vilket ökar patientens trygghet och behandlingens kontinuitet.

Att arbeta med stressrelaterade sjukdomar och smärtor är ett utmanande uppdrag. Mycket av det arbetet som läggs ner i multimodala team beror på ”magkänsla” – man arbetar på ett sätt eftersom det har visat sig fungera. Att aktivt sitta ner, fundera och försöka att strukturera vårt arbetssätt gjorde att vi såg nya problem och deras lösningar. Från början var det till synes små förändringar som skulle göras, men efter tid tillsammans framkom hela tiden nya aspekter, ytterligare ”problem” med möjligheter till ”förfining” av rutiner och ytterligare förbättringspotential. Uppföljning, mätning och eftertanke är nödvändigt för att en förändring/förbättring varaktigt ska komma till stånd. Förbättringskunskapsprojektet har således lett till att vi har vuxit som team. Genom förbättrat samarbete fick vi ökad trygghet, kompetens och effektivitet. Denna förändringsprocess, trots att den inte framgår utav projektets mätbara mål, anser auktorerna som det viktigaste resultatet av projektet. Det kan tänkas att vi använder vårt förbättrade arbetssätt som utbildnings- och teambildningsmetod för andra multimodala team.

Att arbeta med Förbättringskunskap:

- *Fördelar*

- När man får tid tillsammans i lugn och ro hittar man nya aspekter/infallsvinklar och ser nya problem, men framför allt lösningar.
- Trots att de föreslagna förändringarna i arbetssättet har varit relativt små, känns det som att kvaliteten på arbetet i multimodala teamet har påtagligt förbättrats. Man skärper till sig, är bättre förberedd och tänker till en extra gång, innan ett patientärende presenteras i teamet.

- Förbättringsprojektet inför ett kritiskt tänkande gällande det egna arbetssättet. Kontinuerligt förbättring leder till att processerna löper smidigare och mer effektivt.
 - Vi fick ett utomordentligt bra stöd genom att det fanns en kurs i förbättringskunskap som gav både struktur, mötes- och diskussionstillfälle för vårt team.
- ***Nackdelar***
- Inte alla medlemmar i multimodala teamet ingick i förbättringsprojektet. Det kan vara svårt att implementera erfarenheter/nya rutiner/regler på övriga ordinarie teammedlemmar. Framtiden får utvisa, om det är ett reellt problem.
- ***Mest givande***
- Att förbättringsarbetet skett parallellt tillsammans med andra grupper har varit inspirerande och samtidigt sporrande/utmanande. Man lär av varandra och får även möjlighet till pos/neg feedback. Man sporras till bättre prestation och minskar samtidigt risken att hamna i blindspår eller liknande. Man tvingas tänka till lite extra och förklara hur man tänkt.
- ***Svårast***
- Förbättringsarbete är tidskrävande. För att nå resultat måste man göra sig fri från vardagsarbetet och även sitta i stressfri miljö för att kunna utvecklas och inspireras. Återkommande träffar är även nödvändiga. Man behöver testa olika idéer och även ta förändringar stegvis. Tid till eftertanke krävs upprepat.
- ***Lärdomar***
- I arbetet på VC tror man sig göra på ett sätt, men vid kontroll/mätning står det klart, att så inte är fallet.
 - Uppföljning/mätning/eftertanke är nödvändig för att en förändring/förbättring varaktigt ska komma till stånd.
 - Arbetet i grupp med representanter för olika yrkeskategorier har varit ett utmärkt sätt att lära känna varandra som personer, men framför allt att få ökad förståelse och kunskap om varandras kompetenser. Det har givit en ökad trygghet och utvecklat teamarbetet = ökad kompetens i multimodala teamet.
 - Det har känts stimulerande att växa tillsammans som team/grupp. Förutom olika yrkeskompetenser har det varit en blandning i åldrar och arbetslivserfarenheter.
 - Tidigare glömdes uppföljningen av ett ärende ofta bort. Vi har lärt oss att rutiner måste vara "idiotsäkra" för att fungera på sikt. Risken är att man har de bästa intentioner, men att vissa moment har en tendens att glömmas bort. Att hitta säkra sätt att garantera, att ärenden ej tappas bort är viktigt. Det får inte vara strikt personbundet, utan kopplat till en speciell funktion (t.ex. rehabkoordinator)

Team: Kvinnokliniken

Syfte med deltagandet i Genombrott: Att förbättra patientsäkerheten gällande läkemedelsjournalen.	Teammedlemmar:
	<i>ST-läkare Hildur Hadenius, hildur.hadenius@gotland.se (Kontaktperson)</i>
Population Alla, akut och planerat, inlagda gynekologiska patienter på kvinnoavdelningen.	<i>Barnmorska Carina Karlsson-Bergquist Barnmorska Karin Lillo Barnmorska Ann-Charlotte Larsson</i>

Bakgrund och problem: (Kortfattad bakgrundsbeskrivning)

Kvinnokliniken på Visby Lasarett består av kvinnomottagning, mödravård, ungdomsmottagning, gynekologisk avdelning, förlossning och BB-avdelning. Vi använder läkemedelsmodulen i datajournalen Take Care. Läkemedelsmodulen är gemensam för hela lasarettet, men inkluderar inte primärvården på Gotland. Det har i patientarbetet framkommit flera fel i läkemedelshanteringen gällande både ordinationer och administrationer. Det har också framkommit klagomål på brister i läkemedelsprogrammet. Felaktigheterna gällande läkemedel har medfört både merarbete och frustration bland personalen såväl som bristande patientsäkerhet. Mot bakgrund av detta valde vi att starta ett förbättringsarbete gällande läkemedel, och till vår förtjusning ingår just ett sådant projekt i SKL:s (Sveriges Kommuner och Landstings) nationella satsning för ökad patientsäkerhet. Vi valde att koncentrera oss på inlagda patienter på gynekologiska avdelningen då dessa generellt har fler ordinationer under vårdtiden.

Mål: (Mätbara och tidsatta mål)

Att alla, akut och planerat, inlagda patienter på gynekologiska avdelningen skall från och med den femte april 2010 ha en korrekt signerad läkemedelslista enligt SKL:s underlag för journalgranskning (Bilaga 1).

Mått: (Beskriv de mått som använts)

Vi har mätt fem olika parametrar gällande läkemedel för varje journal:

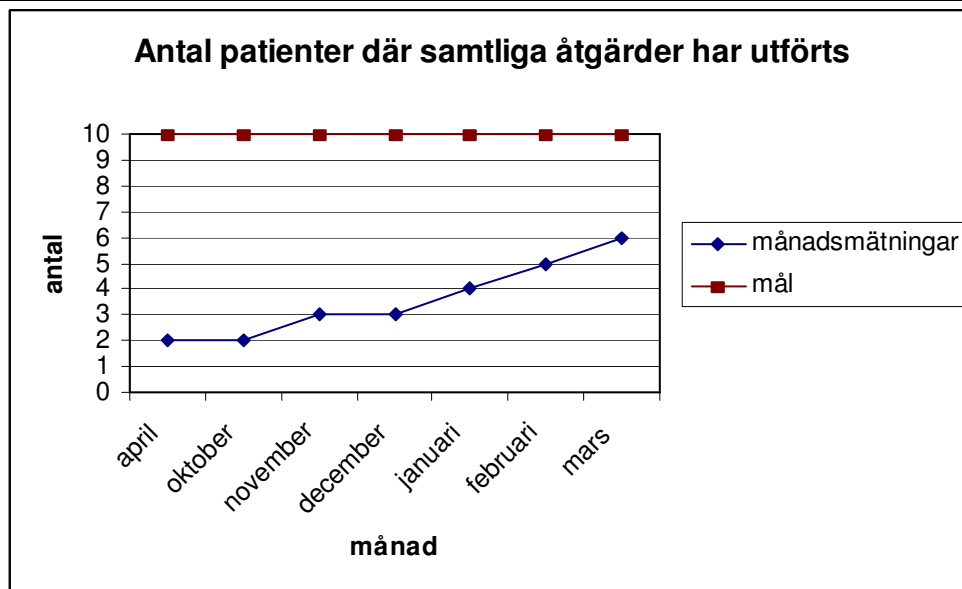
- En kartläggning av patientens läkemedel har skett vid inskrivning, alternativt att patienten skrivs in för en elektiv operation och då har fyllt i en hälsodeklaration innehållande aktuella läkemedel.
- En aktuell läkemedelslista har upprättats vid inskrivning, där samtliga ordinationer är signerade av läkare på kliniken.
- Läkemedelslistan vid utskrivning är korrekt avslutad.
- Läkemedelsförändringar är dokumenterade, i de fall det varit aktuellt.
- Läkemedelsförändringar är kommunicerade med patienten eller nästa steg i vårdkedjan i de fall det varit aktuellt.

Endast journaler där samtliga ovanstående åtgärder är utförda räknas som korrekta i journalgranskningen.

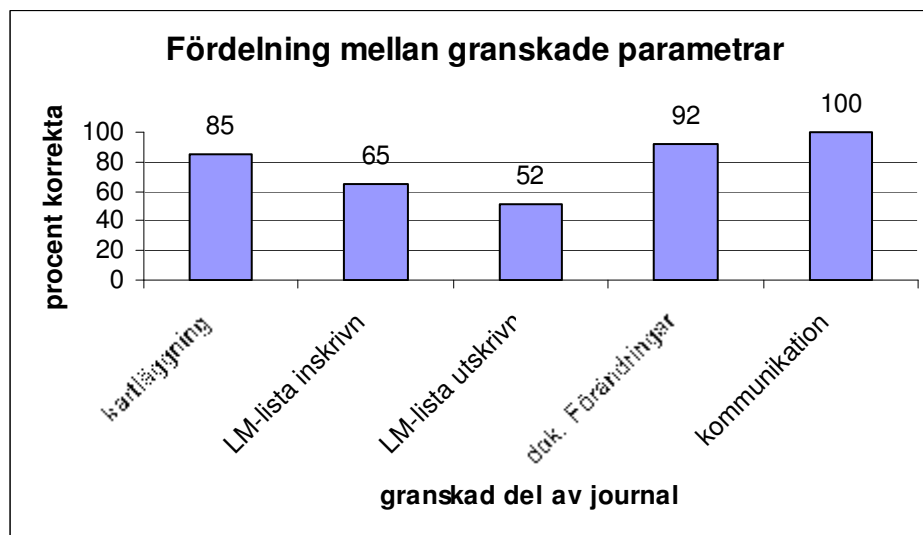
Hur gjordes mätningarna?

Vi har granskat tio patienters läkemedelsjournal varje månad enligt ovan. Vi har valt att granska de tio äldsta patienterna varje månad.

Resultat: (Redovisa i form av diagram inkl. kommentarer)



Utgångsmätningen gjordes i oktober, vårt förändringsarbete påbörjades i november. En provmätning gjordes på journaler från april 2009. Under perioden har antalet patienter med helt korrekt journal gällande läkemedel stigit från två till sex av tio granskade fall.



Analys av hur felen fördelar sig mellan de fem olika parametrar vi granskar i varje patientjournal. Vi ser här tydligt att det är i själva läkemedelslistan, både vid inskrivning och vid utskrivning, som de flesta felen förekommer.

Förändringar som testats: (Tala om vilka förändringar som varit lyckade respektive mindre lyckade)

- Vi har testat ett nytt sätt att ordinera läkemedel inför operation. Tidsbegränsade

läkemedel i samband med vårdtillfället var krångliga att ordinera i förväg. Ofta saknades ordinationer helt när patienten kom till avdelningen. Vi testade nu att ordinera läkemedel som är kopplade till vårdtillfället på "operationsdag" i journalen, istället för att ordinera på ett visst datum.

Kommentar: Vi tror att det här är den mest betydelsefulla förändringen. Det har blivit lättare att ordinera och ordinationerna ligger kvar även om operationsdatum ändras. Brister i programmet medför att ordinationerna inte blir helt optimala, men vi har ändå bedömt att fördelarna överväger. Vi har lagt ner mycket arbete på att förprogrammera vanligt förekommande ordinationer, inkluderande administrationsinstruktioner, så kallade "favoriter".

- I samband med det förändrade sättet att ordinera, utformade vi en checklista för genomgång av läkemedel inför operation (bilaga 2).

Kommentar: Checklistan fungerar som en ordinationsinstruktion, samtidigt som det var ett sätt för oss att få kommentarer till ytterligare förbättringar. Vi har fått bra respons på checklistan, vi fortsätter att förbättra den och kommer att ha den kvar.

- För att uppmärksamma läkemedelsjournalen, upprättade vi en checklista för rondrutiner (bilaga 3).

Kommentar: Det här fungerar bra och checklistan medför även andra vinster i rondarbetet. Vi kommer att fortsätta att använda den och utforma en liknande för BB-ronden.

- Vi införde rutinen att ansvarig läkare för gynekologiska avdelningen skall finnas namngiven på jourtavlan.

Kommentar: Syftet var att inte förlossningsjouren inte skulle sökas i onödan när fel i läkemedelsjournalen upptäcks. Det har inte fungerat bra, då läkarschemat är svårtillgängligt på intranätet.

- Vi testade att öppna Take Care och läkemedelsjournalen vid läkarnas jourrapport. Syftet var att uppmärksamma läkemedelsjournalen och ge tillfälle att lära av varandra.

Kommentar: Det här har fungerat dåligt eftersom det inte testats tillräckligt. Vi tror fortfarande att det här kan vara en bra förändring för framtiden.

Aktiviteter: (Viktigaste aktiviteterna under projektiden)

- Information om vårt arbete har gått ut på arbetsplatsträffar (APT), på barnmorskemöte, i läkargruppen och via mail på kliniken. Information och diskussion har skett fortlöpande i det dagliga arbetet.
- Ansvarig för läkemedelsjournalen på sjukhuset har undervisat läkarna på kliniken under två förmiddagar.
- Vi har skrivit en kravspecifikation gällande önskemål om ändringar i programmet för att förbättra patientsäkerheten.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Vi har inte nått vårt mål under den här perioden, men vi är ändå mycket nöjda med vårt resultat. Vi ser en tydlig och successiv mätbar förbättring under arbetsperioden. Det finns all anledning att tro att förbättringen kommer att fortsätta i den här riktningen. Viktiga framgångsfaktorer tror vi är förändringen av rutiner och att läkemedelsjournalen allmänt uppmärksammats under den här perioden.

Så här arbetar vi vidare: *(Beskrivning av teamets fortsatta arbete)*

- Vi kommer att fortsätta att göra journalgranskningar varje månad, och analysera de fel vi hittar för fortsatt kunna belysa orsakerna till felen. Resultaten kommer att anslås på avdelningen.
- Vi har upprättat en spridningsplan för hur vi ska sprida våra erfarenheter till övriga enheter på kliniken. I detta ingår även att efterhöra förslag på förändrade rutiner gällande läkemedelsordinationer på övriga enheter inom kliniken.
- Vi kommer att fortsätta skriva avvikelserapporter vid fel i läkemedelsjournalen.
- Mot slutet av året kommer vi att ha ett uppföljande möte för utvärdering.
- Vi strävar fortfarande efter att nå vårt mål, att samtliga journaler har en helt korrekt läkemedelslista, och vi kommer att fira med tårtfest när målet är uppnått!

Kommentarer: *(Övriga kommentarer)*

Största orsaken till fel i läkemedelsjournalen generellt är att vi har två olika journalsystem på Visby lasarett och i primärvården. Om det i framtiden skulle vara möjligt att ha en gemensam läkemedelsjournal för hela Gotland, så skulle det leda till betydande förbättring för patientsäkerheten gällande läkemedel.

Läkemedelsmodulen i datajournalen Take Care är komplicerad och vissa ordinationer är krångliga och tidskrävande att knappa in, vilket leder till att det lätt blir fel. Processen att göra förändringar i programmet är långsam och omständlig. För att öka patientsäkerheten, och förenkla för den som ordinerar, krävs att man förprogrammerar vanligt förekommande ordinationer som "favoriter".

Arbetet har krävt mer tid än vad vi hade räknat med. Det har varit svårt att avsätta tid i det löpande kliniska arbetet. Vi har behövt schemalägga tid för att ha möjlighet att arbeta tillsammans i gruppen.

Förändringsarbete tar tid. Även om en förändrad arbetsrutin bevisligen är till det bättre, så tar det tid för personalen i en stor arbetsgrupp att anpassa sig till förändringen. Man kan inte förvänta sig snabba resultat om de ska vara bestående.

Att arbeta med Förbättringskunskap:

- **Fördelar:** Det är bra att få en metod att följa när man håller på med förbättringsarbete. Att arbeta med ett projekt som syftar till att förbättra patientsäkerhet känns meningsfullt. Arbeta i grupp främjar samarbete på kliniken.
- **Nackdelar:** Vi har fått tid avsatt för vårt arbete, men det har ändå varit svårt att få tid till alla moment och det är omöjligt att få till kortare stunder tillsammans för att checka av olika saker i arbetet då arbetsbelastningen är hög och schema läggs långt i förväg. Stundtals har vi känt stress då tiden inte räckt till.

- ***Mest givande:*** Kursdagarna har varit stimulerande. Det är otroligt givande att se tydligt förbättrat resultat på det vi mäter, även om vi inte nått målet. Det är också givande att se kollegor anstränga sig och visa nytt intresse för det vi arbetar med.
- ***Svårast:*** Det är svårt att nå ut med information och förslag till förändringar till alla berörda på kliniken.
- ***Lärdomar:*** Man behöver avsätta tid för att lyckas med förbättringsarbete. Man behöver även avsätta tid för information på kliniken och våga ”ta plats” för att projektet ska få uppmärksamhet. Det krävs att övrig berörd personal medverkar i att testa och utvärdera förändringar för att ett förbättrat arbetssätt ska kunna tas fram.

Team: Ortopedkliniken, Visby Lasarett

Syfte med deltagandet i Genombrott: <i>(Teamets syfte)</i>	Teammedlemmar:
Förbättra nutritionsstatus inför och efter akut operation.	<i>ST-Läkare, Jesper Kraus-Schmitz, jesper.kraus_schmitz@gotland.se (Kontaktperson)</i>
Population <i>(Beskriv vilka patienter/vårdtagare som har ingått i projektet)</i>	<i>Sjuksköterska, Annika Ahlgren</i> <i>Sjuksköterska, Pia Högberg</i>
Patienter med höftfraktur som inkommer till Visby Lasarett. Under kursperioden 61 stycken.	

Bakgrund och problem: *(Kortfattad bakgrundsbeskrivning)*

Patienter med höftfraktur är ofta gamla och inte sällan undernärda vid ankomst till sjukhus. I väntan på akut operation fastar patienten under olika långa tidsperioder beroende på operationsavdelningens belastning. Det är visat att ett standardiserat omhändertagande med ökat fokus på nutrition före och efter operation förbättrar patientens välbefinnande och minskar komplikationsfrekvensen postoperativt.

Innan detta arbetes genomförande var nutritionsomhändertagandet beroende på den enskilde läkaren och ett område som inte alltid gavs den uppmärksamhet det borde ha. Vi har utgått från nutritionsrutiner ifrån Ortopedklinken, Uppsala Akademiska Sjukhus. Dessa har anpassats till lokala förhållanden och därefter sjösatts.

Mål: *(Mätbara och tidsatta mål)*

Att populationen får glukosdropp och näringsdryck enligt PM som introducerades i sin helhet 100401.

Mått: *(Beskriv de mått som använts)*

Antal glukosdropp i förhållande till fastetiden samt huruvida näringsdryck är givet.

Hur gjordes mätningarna?

Nulägesmätningen genomfördes med journalgranskning retrospektivt och med hjälp av registret Rikshöft. Kontroll av måluppfyllelse har skett genom journalgranskning.

Resultat: (Redovisa i form av diagram inkl. kommentarer)

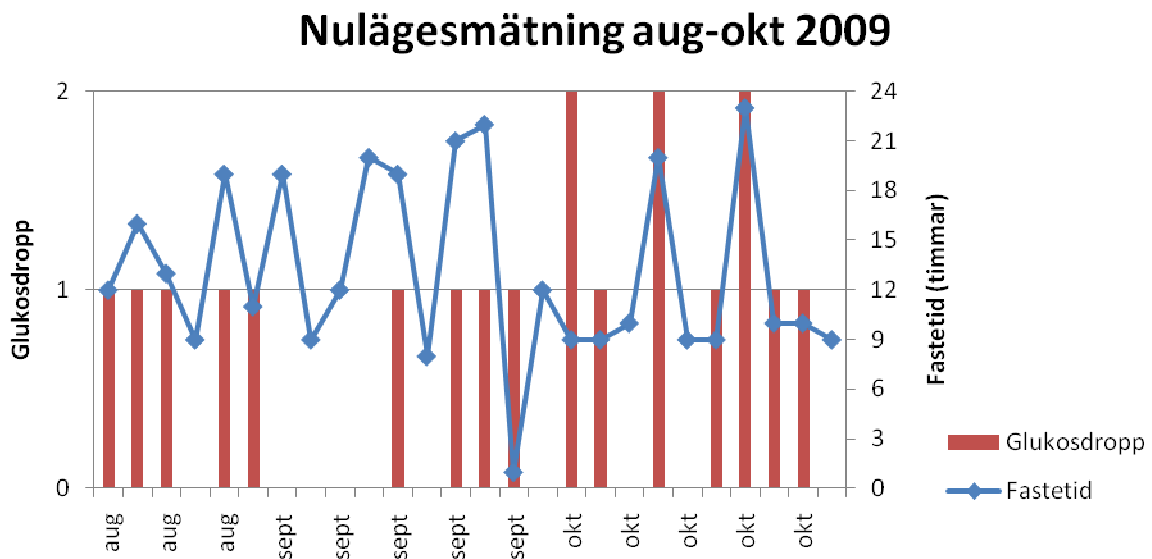


Diagram 1. Nulägesmätning under perioden augusti-oktober. Varje stapel eller frånvaro av stapel representeras av en patient. Stapeln anger antal givna glukosdropp. Linjen anger fastetiden. Enligt PM skall ett glukosdropp ges per 12 timmarsperiod. Således har endast patienter där linjen tangerar stapeln erhållit adekvat antal glukosdropp.

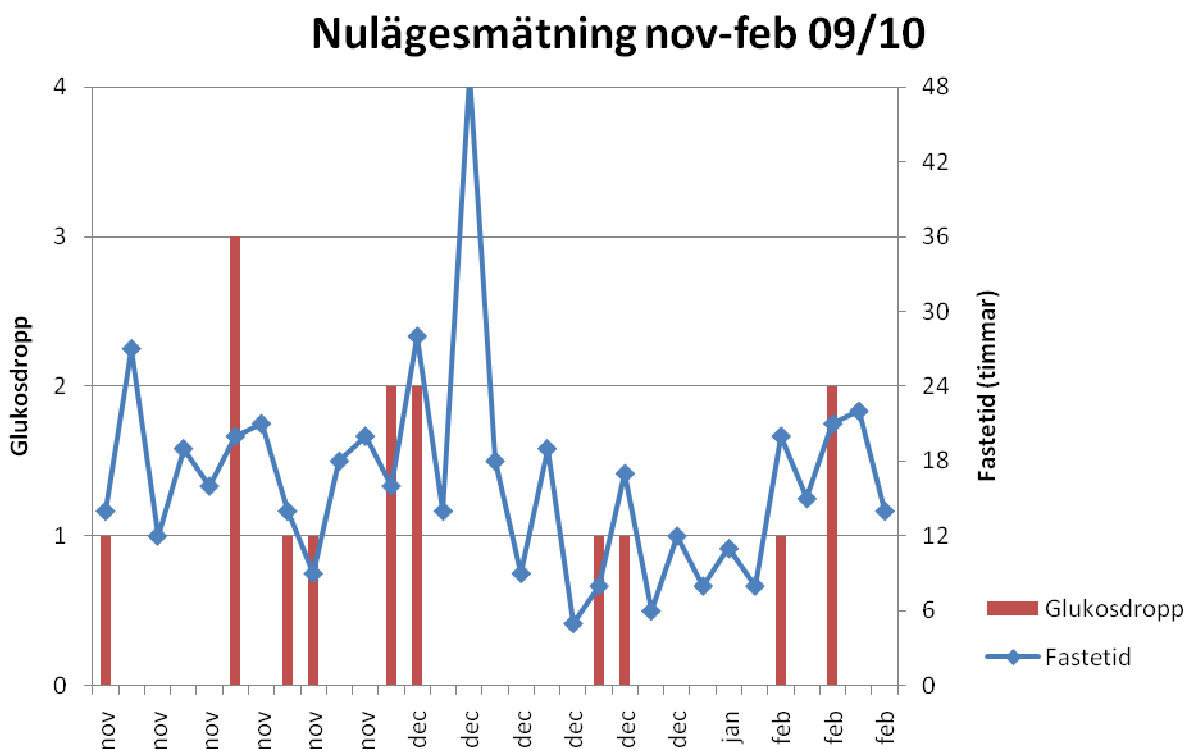


Diagram 2. Nulägesmätning under perioden november-februari.

Preoperativ näringsdryck

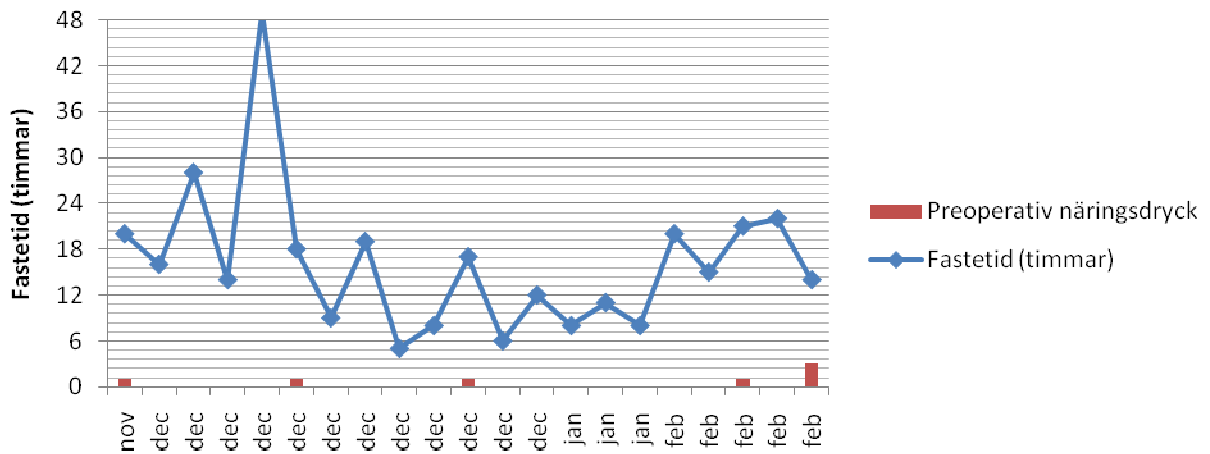


Diagram 3. Under perioden slutet av november-januari pågick nulägesmätning och from februari påbörjades testcykel 1. Vi har tolkat de sporadiskt givna preoperativa näringsdrycker som en följd av att vårt arbete pågick.

Testcykel 2

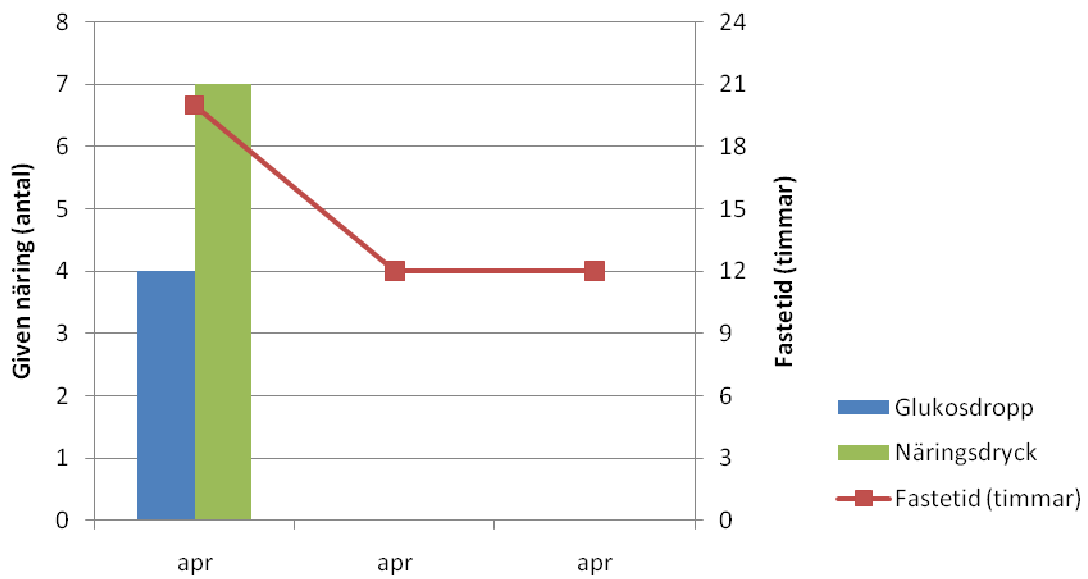


Diagram 4. Sedan införande av PM har tre patienter varit aktuella. Den första patienten fick adekvat preoperativ näringstillförsel medan de övriga inte erhöill näring enligt PM.

Förändringar som testats: *(Tala om vilka förändringar som varit lyckade respektive mindre lyckade)*

Testcykel 1: Införande av näringsdryck som gavs pre- och postoperativt 100201. Ordination har ej skett i journalsystemet Take Care utan via en checklista som har legat i patientens pärm. Detta utifrån en idé att det skulle var lättare/snabbare att utföra ordinationen. Tyvärr har checklistan inte återfunnits så att någon slutsats har inte gått att göra av testcykel 1 mer än de sporadiska uppgifterna om näringsdryck enligt diagram 3.

Testcykel 2: Införande av PM enligt bilaga, påbörjad 100401. Eftersom arbetet har blivit försenat har vi bara data från tre patienter där den ena är adekvat omhändertagen medan de övriga inte förefaller ha fått näring enligt PM.

Aktiviteter: *(Viktigaste aktiviteterna under projektiden)*

Oktober-december 2009

- Nulägesmätning.
- Diskussion kring arbetets utformande med Dr Staffan Bark, överläkare i kirurgi och nutritionsexpert samt med läkare på ortopedkliniken.
- Initialt diskuterades huruvida vi skulle försöka mäta en förändring hos patienterna. Detta övergavs då populationen utifrån givna tidsramar är för liten.
- Kontakt med Sköterska Anna-Karin Gunnarsson i Uppsala som bedriver forskning i ämnet.

Januari 2010

- Anpassning av Uppsala-PM till lokala förhållanden i samråd med representanter från medicin- och anestesikliniken.
- Diskussion med kollegor och verksamhetschef på ortopedkliniken över PM:ets utformning.

Februari 2010

- Testcykel 1.

Mars-april 2010

- Slutgiltig utformning av PM som testas from 100401.
- Införande av favoritläkemedelsordinationer i Take Care så att ordinationen på akutmottagningen blir så enkel som möjligt.
- Information på ortopedklinikens planeringsdag 100401 om nytt PM.
- Information till primärjourer på gemensamt morgonmöte med kirurgkliniken.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Eftersom vi bara har hunnit testa på tre patienter är det svårt att göra någon större analys. Gensvaret förefaller hittills väldigt positivt hos både avdelningspersonal och läkare.

Någon förklaring till varför rutinerna inte har följts har vi inte funnit. Sedan PM:ets införande har teamet som helhet tyvärr inte lyckats träffas för att analysera händelseförloppen.

Så här arbetar vi vidare: (*Beskrivning av teamets fortsatta arbete*)

Fortsatt bevakning av huruvida PM följs eller ej så att vi vid behov kan utföra förändringar.

Fortsatt information till berörda instanser om nya rutiner. Lämpligt med information till nya AT-läkare under kommande introduktionsveckor.

Alternativ som har diskuterats är huruvida näringsdrycken och droppen skall ges utifrån generell ordination. Fördel att det är lättare att hålla avdelningspersonal ajour med aktuellt PM än primärjourer. Nackdelar att det råder ett motstånd i sköterskegruppen mot generell ordination på glukosdropp samt att det kan uppstå förvirring då den generella ordination för glukosdropp endast skulle gälla denna patientkategori.

Kommentarer: (*Övriga kommentarer*)

Under arbetets gång har vi stött på en del hinder. I första hand ville vi utgå ifrån Uppsalas befintliga PM vilket tog tid att få tag på. Därefter tog justeringen till lokala förhållanden längre tid än planerat. Teamet som helhet har haft en del svårigheter att hitta gemensamma tider att träffas på främst utifrån olika scheman. Stödet från närmaste chefer har hela tiden varit mycket positivt vilket har underlättat arbetet.

Att arbeta med Förbättringskunskap:

- **Fördelar**
Standardiserat arbetssätt. Stöd av kursledning när arbetet gått trögt.
- **Nackdelar**
Svårt att hitta dels gemensam tid för teamet att träffas, dels egen tid för arbete med projektet.
- **Mest givande**
Spännande ämne som har varit intressant att studera.
- **Svårast**
Ämnet har delvis träckt sig utanför Ortopedins område. Har varit beroende av åsikter från specialister inom andra områden (medicin och anestesi).
- **Lärdomar**
Nya rutiner är inte alltid enkla att få till stånd. Föräldradighet samtidigt som arbete i förbättringskunskap är inte en optimal kombination.

Team: Röntgenkliniken

Syfte med deltagandet i Genombrott: (<i>Teamets syfte</i>)	Teammedlemmar:
Optimera bildkvaliteten vid konventionell röntgen – med lägre stråldos.	<i>Torbjörn Swenson ST-läkare</i> Torbjorn.swenson@gotland.se <i>Åsa Rapp-Asklöf ST-läkare</i>
Population	<i>Magnus Lindgren Sjuksköterska</i> <i>Catharina Etelhag Undersköterska</i>
Patienter med frågeställning artrit i hand remitterade från reumatologmottagningen under perioden okt 2008-okt 2009	

Bakgrund och problem:

På röntgenklinken har det under det senaste året vi flera tillfällen framförts synpunkten att det skett en försämring av bildkvaliteten vid konventionell radiologi. Framförallt har försämringen skett vid införandet av direktdigital teknik. Det har även diskuterats om det har skett en försämring av kvalitetsuppföljningen vad gäller tekniken för bildtagning.

Mål:

Att utveckla en standardiserad, reproducerbar metod. Denna ska i framtiden kunna användas som underlag för bildförbättring inom andra undersökningar med konventionell röntgen. Att med utnyttjande av modern teknik för bildprocessning finna optimala inställningar och metoder för att kunna optimera bildkvaliteten med målet att samtidigt minska stråldosen.

Mått:

Andel undersökningar utförda enligt framtagen metod.
Målet är att minst 90 % av undersökningarna utförs enligt metodboken
Att den nya metoden har likvärdig diagnosisk kvalitet, detta blir en subjektiv bedömning utförd av fyra specialister
Att personalen är informerad om införandet av metoden, mäts med enkätundersökning.

Hur gjordes mätningarna?**Frågeställning räcker det med endast frontaltbild, detta är metoden i Örebro?**

Vi gick igenom samtliga undersökningar (153 st) för att se om det fanns relevant fynd på sidobild som ej med säkerhet kunde ses på frontalprojektion.

Nulägesmätning

Samtliga undersökningar bedömdes avseende inblandning, dvs. om strålfältet var begränsat till högst 1 cm utanför mjukdelarna

Hur stor andel av undersökningarna var tagna med rätt metod: dvs. Handflatan mot detektorn, sträckta fingrar, långfingret parallellt med radius och 2 cm av radius med på bilden

Enkät till sjuksköterskorna efter yrkeskategorimöte och införande i metodbok där de fick

svara på frågor om de hade fått information om den nya metoden.

Jämförelse mellan den gamla och den nya metoden avseende bildkvalitet. Fyra specialister bedömde var för sig 6 undersökningar. Dessa var utförda så att samma hand (patient) röntgades med den gamla och den nya metoden vid samma tillfälle för att säkerställa att samma fynd fanns vid undersökningstillfället. Magnus utförde samtliga undersökningar, således samma kroppsdel vid samma tillfälle med samma utförare, endast bildtagningsparametrarna ändrades.

Sjuksköterskorna tillfrågades vilka orsaker det fanns till att resultaten från undersökningarna utförda under nulägesmätningen var så låga. Dessa värderades inte på någon poängskala utan de svar som framkom redovisas enligt förekomst.

Testperiod 1. Mätningen utfördes mellan 1 februari, 2010 och 19 mars, 2010
56 undersökningar bedömdes utifrån inblandning och rätt utförda projektioner.

Testperiod 2. Under perioden 13/3-31/4 t röntgades 37 händer och även dessa bedömdes utifrån inblandning och rätt utförda projektioner.

Resultat: *(Redovisa i form av diagram inkl. kommentarer)*

Frågeställning räcker det med endast frontaltbild, detta är metoden i Örebro?

Av 153 undersökningar påvisades relevant fynd på sidobild som inte med säkerhet kunde påvisas på frontaltbild i 30 fall (20 %)

Inblandning:

153 undersökningar bedömdes avseende inblandning av dessa var endast 72 stycken korrekt inblandade (81 st) var således ej korrekta.

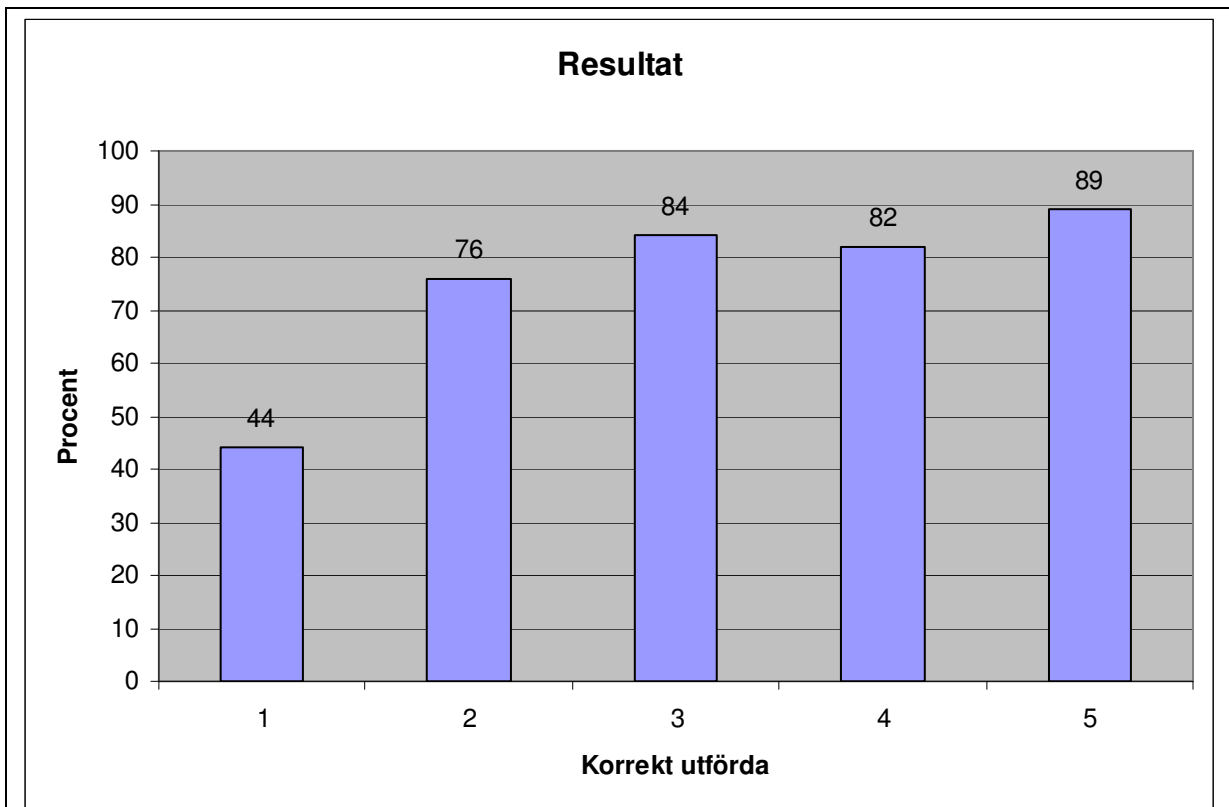
Bedömning av projektion:

Av 153 undersökningar var 25 % (38 st) ej tagna med rätt metod, av dessa var 4 stycken ej med bland de som ej var korrekt inblandade.

Totalt var endast 68 stycken (44 %) korrekt utförda.

Vid deltest ett, efter information på yrkeskategorimöte för sjuksköterskor, ökade andelen korrekta undersökningar till 76 %, 43 av 56 undersökningar. Mätningen utfördes mellan 1 februari, 2010 och 19 mars, 2010.

Vid deltest två som utfördes mellan 13/3 och 31/4 ökade andelen godkända undersökningar ytterligare till 84 % och om godkänner de två som var för beskurna ökar andelen till 89 %. Totalt röntgades under perioden 37 händer. 31 var helt korrekta, 2 var tveksamt godkända och 4 var ej godkända.



Stapel 1: Nulägesmätning

Stapel 2: Deltest 1

Stapel 3: Deltest 2

Stapel 4: Slutresultat

Stapel 5: Välvilligt slutresultat

Orsaker till att bilderna under nulägesmätningen blev dåliga:

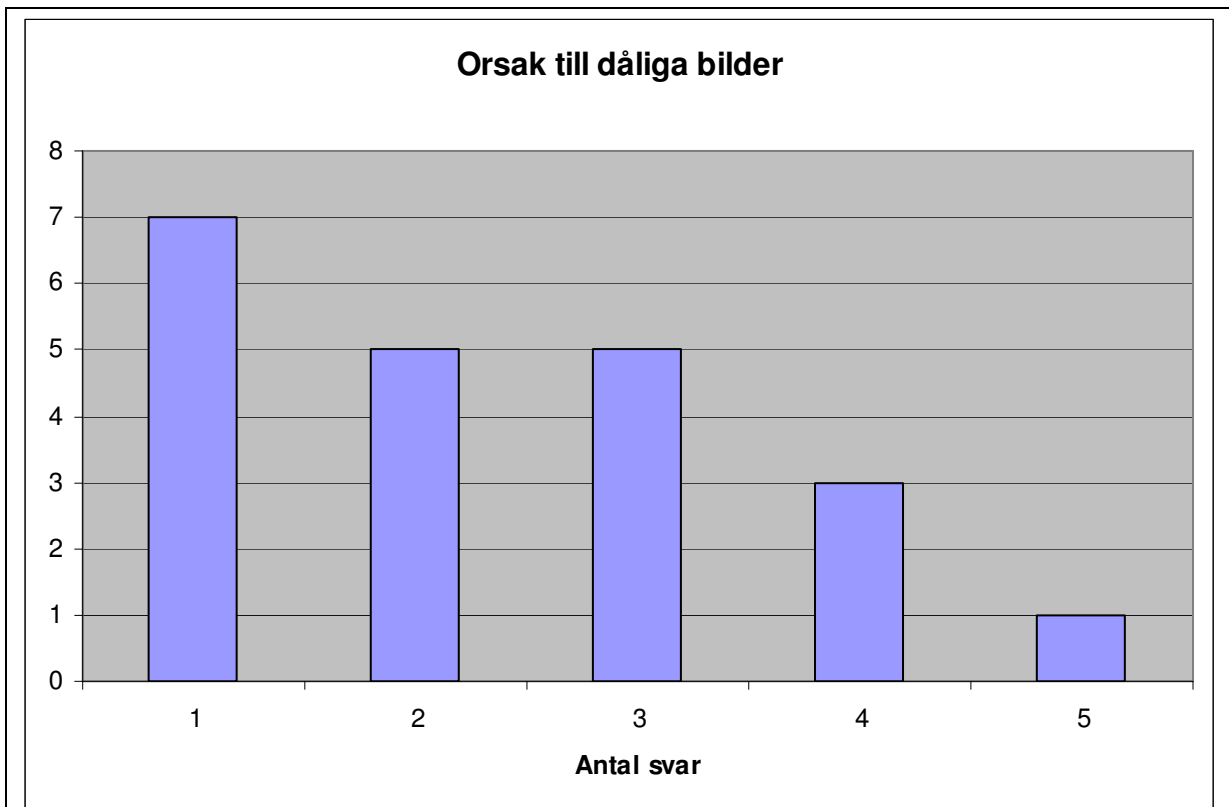
Sjuksköterskorna tillfrågades om deras åsikt om varför tidigare undersökningar varit undermåliga. De fick denna fråga öppen och en och samma person kunde ge flera svar. Dessa svar rangordnas efter förekomst. Totalt ingick 8 personer.

Det vanligaste svaret, stapel ett var för hög arbetsbelastning.

Slarv och svåra patienter, stapel 2 och 3. Med svåra patienter menas att det kan vara svårt att räta ut fingrarna. Den viktigaste anledningen till att man tyckte att det var svårt att minska på inblandningen var att när man ställt in bländaren hade patienten ofta svårt att hålla handen stilla så länge som behövs. Man bländade därför ut för att gardera sig mot rörelser.

Den fjärde stapeln som motsvaras av svaret olika ambitionsnivåer/osäkerhet skulle möjligen kunna slås ihop med stapel 2, slarv.

En person, stapel 5 svarade att metoden var otydlig.



Jämförelse Visby/Norrköping

Bilderna värderades av fyra specialister, sex stycken undersökningar jämfördes enskilt av dessa. Ingen skillnad i diagnostisk kvalitet kunde påvisas. Norrköpingsmetoden uppfattas som mjukare, två specialister vardera föredrog Norrköping/Visby. Samtliga tyckte att bilderna tagna med nya metoden kräver mer fönstring.

Personalenkät:

Under vecka 11 fick sjuksköterskorna på avdelningen (nio stycken) svara på en enkät om metoden. Svaren graderades på en femgradig skala

1: Är Du informerad om att en ny metod testas?

Tre personer svarade 5 alltså helt informerade, tre personer svarade 2 eller 3, de hade alltså fått information men otydlig.

Tre personer svarade att de inte var med på mötet och inte uppdaterat sig på nätet.

2, Följer Du metoden? Fyra personer svarade att de följde metoden, fyra att de inte följde den, anledningen i två av fallen var att de ej visste om denna, en har ej varit på skelettlab sedan metoden infördes.

3, Tycker Du att metoden är bra? Sju personer svarade ja, en vet ej och en vill ta frontalbilden med handryggen mot detektorn.

Förändringar som testats: *(Tala om vilka förändringar som varit lyckade respektive mindre lyckade)*

Den förändring som testats är att införa en tydlig metod för röntgen hand vid frågeställningen artrit och att samtidigt kunna minska stråldosen. Vi har även försökt förbättra informationen till personalen, detta har visat sig vara ett område som behöver förbättras och framförallt behöver informationen upprepas. Vi har resonerat kring information via flera kanaler:

Yrkeskategorimöte

APT

Avdelningsmail

Inkludera övriga personalkategorier, undersköterskorna ingick inte, de arbetar med sjuksköterskorna på lab och är involverade i patientarbetet

Någon typ av signering? Elektronisk, papper

Bildvisning, en gång i månaden samlas personalen i rondrummet och en av läkarna visar bilder som lagts till en speciell rond. Detta för att kunna ta upp undersökningar som det finns frågor kring, detta är något vi kunde utnyttjat bättre

Aktiviteter: *(Viktigaste aktiviteterna under projektiden)*

Kontakt med Norrköping för att införskaffa data

Nulägesmätning

Jämförelse endast frontal kontra frontal + sida

Bedömning av diagnostisk kvalitet av fyra specialister

Införande av metod i metodbok

Information till personalen på yrkeskategorimöte och på APT

Deltest

Sluttest

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Vi tycker att vi i stort sett har lyckats med att nå målet även om någon procent saknas till 90 % godkända undersökningar. Stråldosen har reducerats med knappt 40 %.

Så här arbetar vi vidare: *(Beskrivning av teamets fortsatta arbete)*

Vi hade som mål att under April skulle ett urval av undersökningar hand med frågeställning artrit postprocessas med nuvarande och ny processning, detta pågår men är inte klart.

Under April införa samma metod för röntgen av fötter med frågeställning artrit

Förankrat med medicinsk ansvarig. Detta pågår men är inte klart.

Vi har även försökt ta fram ett flöde för införande av nya metoder baserat på de erfarenheter vi gjort.

Metodansvarig, medicinsk rådgivare, läkargruppen tar fram metoden

Test

Utvärdering: Läkare, metodansvarig

Formellt beslut: Läkarmöte

Införande: Metodbok, information

Uppföljning

Repetition: Bildvisning

Att arbeta med Förbättringskunskap:

- ***Fördelar:***

Bra, strukturerat arbetssätt. Man lär sig mycket under resans gång, kanske ffa vikten av att informera och att planera sitt arbete i förväg. Hela tiden tvungen att sätta sig in i sitt ämne. Bra med arbete över yrkeskategori/klinikgränser, man lär sig mycket av varandras sätt att arbeta.

- ***Nackdelar***

Svårt att avsätta tid, det mesta har fått göras på fritiden (till stor del självförvållat).

- ***Mest givande***

Seminarieträffarna

- ***Svårast***

Avsätta tid, information som alla tar till sig. Metoder för att mäta och utvärdera

- ***Lärdomar***

Avsätt tid för hela arbetet i början, man planera för grupptid varje vecka annars får man inte den tid man behöver i grupp.

Team: Vårdcentral Wisby Söder

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Förbättra följsamhet av lokala vårdprogrammet för patienter med diabetes mellitus Utveckla rutiner för (ny) personal	Kontaktperson: Barbara Koch, ST-läkare Allmänmedicin Barbara.Koch@gotland.se Katharina Eriksdotter, Distriktssköterska Lena Grytting, Undersköterska Sara Flodman, Läkarsekreterare
Population	
Diabetes mellitus patienter på Vårdcentral Wisby Söder (n= 413)	

Bakgrund och problem:

Diabetes mellitus är en välundersökt sjukdom och behandlas ofta inom primärvården. Prevalensen för diabetes mellitus ligger på 4 % inom befolkningen och har därmed stor betydelse för folkhälsan. Årliga kontroller med fokus på blodsocker – och blodtrycksinställning, profylax mot fotsår samt regelbundna ögonundersökningar är rekommenderad inom lokala och nationella vårdprogram. Som ett etablerat verktyg för att mäta kvalitén på behandlingen av diabetes mellitus och förbättra denna finns registrering i Nationella diabetesregistret. Vårdcentral Wisby Söder är Gotlands största vårdcentral med 413 patienter som har diagnosen diabetes mellitus. Under sammanslagning år 2008 av två vårdcentraler blev patienterna konfronterade med nya lokaler, ny personal och förändrade rutiner. Från personalens sida fanns önskemål om att förbättra och förenkla rutiner angående inloggning och arbetsfördelning. Under antagandet att lokala vårdprogram leder till förbättrad omvårdnad av patienter bestämde teamet Wisby Söder att mäta följsamheten av lokala diabetesprogrammet.

Mål:

Alla patienter med diabetes mellitus skall från och med 2010-04-30 ges vård enligt lokala vårdprogrammet oavsett vem (läkare, distriktssköterska - vikarier eller ordinarie) som tar hand om patienten. Målet är 100 % följsamhet av alla parametrar som definieras i nedanstående text (100 % = 20 parametrar).

Mått:

Poängsumma bildas av följande parametrar:

Parametrar:

- Lab: 1) vikt, 2) längd (vid första besöket eller om det inte finns i lablistan), 3) HbA1c, 4) kolesterol, 5) triglycerider, 6) HDL, 7) kreatinin, 8) urinsticka, 9) U-albumin/kreatinin, 10) kalium
- Anamnes: 11) debut (diabetes mellitus), 12) motion, *syn/senaste ögonbottenundersökning, tobak*

- Undersökning: 13) LS fötter (pulsar, vibrationssinne, monofilamenttest, sår), *midjemått, blodtryck*.
- 14) NDR-registrering (blankett) eller ifylld blankett till diabetessköterska.
- Registrering i lablistan: 15) tobak, 16) midjemått, 17) blodtryck, 18) ögonbottenundersökning, 19) NDR-registrering
- 20) preliminärbokning.

Sammanlagt finns det 20 parametrar. Varje parameter ger en poäng. 20 poäng motsvarar 100 % och definieras som att målet är uppnått.

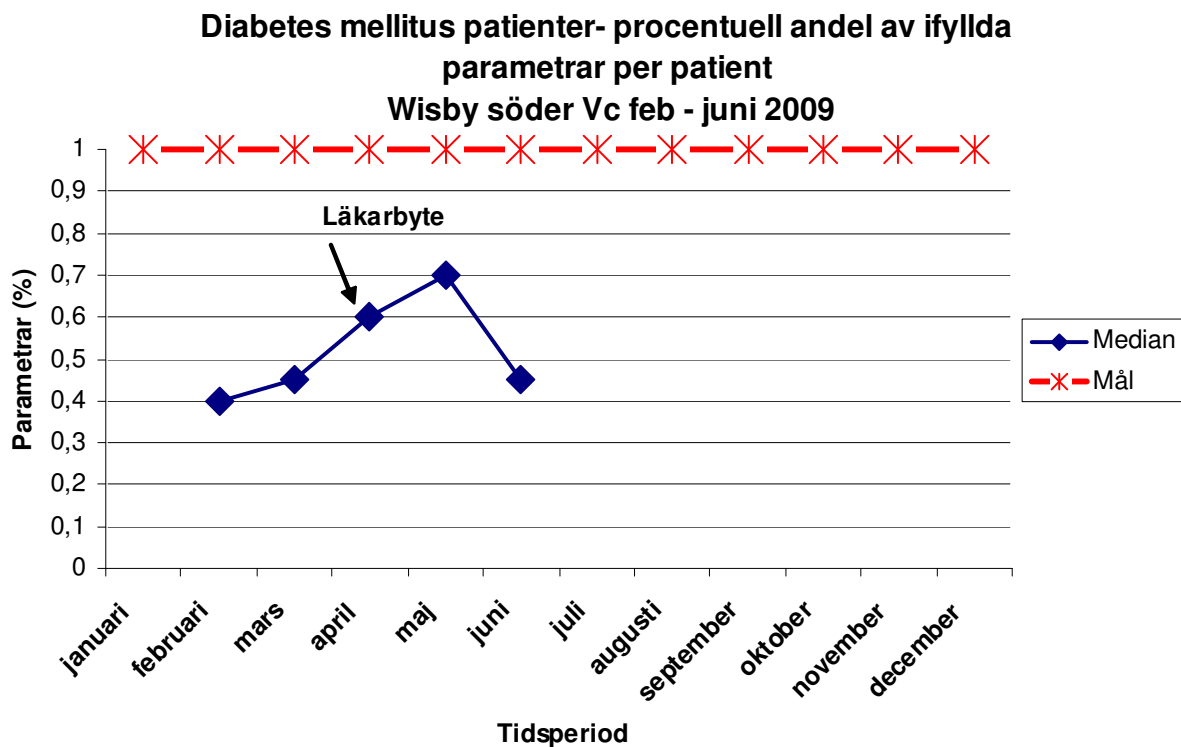
Hur gjordes mätningarna?

Varje månad gjordes/görs en genomgång av journalanteckningar gällande patienter med diabetes mellitus som varit på årskontroll. Vid granskning av journaler beräknas poängsumman enligt ovan.

Resultat:

Resultat 1: Utgångsläge

Andel parametrar per patient som uppnåddes vid årskontroll diabetes från och med feb – juni 2009:



Kommentar:

Journalgranskningen av tre olika läkare (två vikarier och en nyanställd läkare) visade en kraftigt varierande nivå av måluppfyllelse parametrar. Det granskades 20 patienter inom

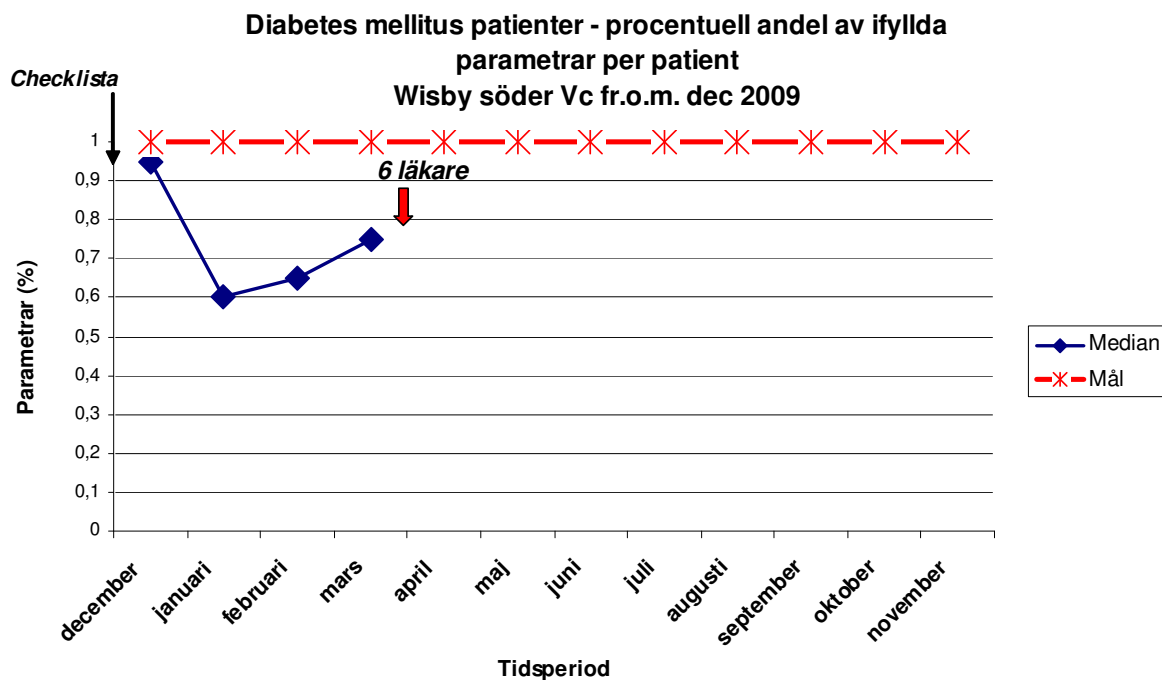
tidsperioden februari till juni 2009.

Procentuellt uppfylldes i genomsnitt mellan 40 och 70 % av alla parametrar – alltså mellan åtta och 14 parametrar.

Orsaken till kvalitetsskillnad förklaras med utebliven kallelse för provtagning inför läkarbesöket, nya lokaler för patienter och läkare samt bristande information om inloggnings- och lokala vårdprogram.

Resultat 2: Mätning under pågående förbättringsarbete

Andel parametrar per patient som uppnåddes vid årskontroll diabetes från och med december 2009.



Kommentar:

Checklistan infördes i december 2009. I december 2009 fanns det bara en läkare som hade årskontroller av patienter med diabetes mellitus.

Journalgranskningen av fyra olika läkare från och med december 2009 till mars 2010 som genomförde årskontroller av 17 patienter med diabetes mellitus.

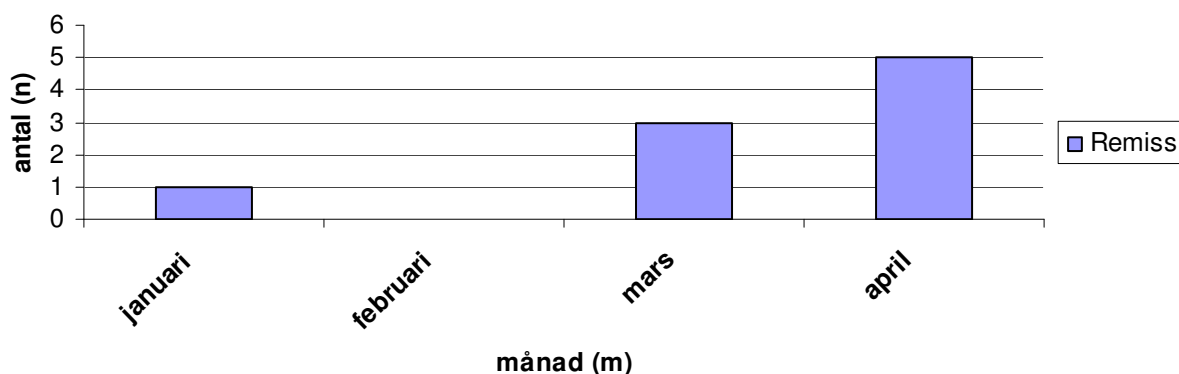
Från och med april 2010 granskades följsamhet av lokala vårdprogram av sex läkare på Vårdcentral Wisby Söder – resultatutredning pågår.

Sammanfattning i tabellen:

Månad	Antal patienter (n)	Median parametrar (%)
Feb 09	5	0,4
Mars 09	7	0,45
Apr 09	2	0,6
Maj 09	3	0,7
Jun 09	3	0,45
Dec 09	2	0,95
Jan 10	7	0,6
Feb 10	5	0,65
Mars 10	3	0,75
Apr 10		
Maj 10		

Reslutat 3: Antal remisser till diabetessköterska

Remisser till diabetessköterska - Vc Wisby söder 2010: 1 januari - 19 april



Kommentar:

Remisser från alla läkare på vårdcentralen Wisby söder till diabetessköterska från och med januari 2010 till och med 19 april.

Median utgångsläge: 49 %.

Median december 09 – mars 2010: 69 %.

Förändringar som testats:

Testcykel 1:

En checklista infördes från och med 2009-12-07 och användes i två veckor av fyra nya läkare och undersköterskor. Tyvärr kunde bara två årskontroller genomföras under denna tidsperiod. En ny testcykel planerades därför från och med vecka 5 2010.

Testcykel 2:

Under tidsperiod januari 2010 till mars 2010 genomfördes en testcykel med fyra ST-läkare som hade årskontroller av diabetespatienter. Undersköterskor granskade ordinationer av

provtagning och gav återkoppling till respektive läkare.

Checklistan uppdaterades och användes av alla läkare.

Testcykel 3:

Avtal med diabetessköterska att från och med januari 2010 skriva remiss till henne. Testcykel genomfördes med en läkare.

Testcykel 4:

Från och med 2010-03-25 räknar diabetessköterska antalet remisser hon får per månad från samtliga läkare. I mars 2010 fick hon tre remisser. Till och med 19 april, 2010 fem remisser. Mätning pågår.

Testcykel 5:

Från och med april 2010 ska ny testcykel med ytterligare två nyanställda läkare genomföras. Introduktion av checklista och rutiner angående blodprovstagning innan. Mätning pågår.

Aktiviteter:

November 2009:

- Vi skaffade överblick om antal diabetes mellitus patienter på Vårdcentral Wisby Söder: n=413
- Utveckling av checklista för patienter med diabetes mellitus utifrån lokala vårdprogrammet och samråd med läkare, diabetesläkare och diabetessköterska: Överenskommelse angående relevanta blodprover och undersökningar vid mottagningsbesök (Se bilaga).
- Överenskommelse inom läkargruppen att patienter med diabetes mellitus skall kallas för årskontroller.

December 2009:

- Vi skaffade överblick om NDR-registrerade patienter med diabetes mellitus 2009: n = 114
- Journalgranskning av 20 patienter med diabetes mellitus (årskontroller 2009) hos nya läkare eller vikarier under tidsperioden februari –juni 2009.
- Skapar rutiner för att få NDR-inloggning för nya läkare: Kontakt med NDR och ansvarig diabetesläkare (diabetesläkare ansvarig på Vårdcentral Wisby Söder).
- Information om checklistan till alla nya läkare och till alla undersköterskor på Vårdcentral Wisby Söder. Utbildning gällande preliminärbokning av patienter med diabetes mellitus till läkare på Vårdcentral Wisby Söder: Standardisering av provtagningen diabetespatienter (blodprover sparade i frasminne, preliminärbokning direkt efter läkarbesök, checklista som påminnelse).
- Med hjälp av undersköterskor kallades diabetespatienter in under januari 2010 så att det fanns möjligheter att genomföra mätningarna.

Januari 2010:

- Vi skaffade överblick om NDR-registrerade patienter med diabetes mellitus januari 2010: n = 227
- Överenskommelse med diabetessköterska om nya rutiner: 1) Remiss vid nyupptäckt diabetes mellitus; 2) NDR- registrering genom diabetessköterska möjligt - läkare har därmed mer tid för anamnes, status och åtgärd.
- Sammanställning av ”Introduktionspärm” med information om specialistkompetens hos diabetessköterskor, rutiner som NDR-registrering och remisshantering. Pågår fortfarande.

Februari 2010:

- Tidigare diabetessköterska slutade och därför kontakt med nya diabetessköterska. Överenskommelse och information om nyutvecklade rutiner.
- Granskning av patientjournaler med diabetes mellitus pågår.
- Uppdatering av checklistan enligt nytt diabetesvårdprogram på Gotland.

Mars 2010:

- Introduktion av ytterligare två nya läkare om checklistan och rutiner för patienter med diabetes mellitus som ska vara med i testcykeln från och med april 2010.
- Överenskommelse med diabetessköterska att hon deltar i testcykeln: Mätning av alla remisser som inkommer från och med 2010-03-25.

April 2010:

- Mätningar pågår.

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Första mätningen från och med februari 2009 till juni 2009 visade en följsamhet mellan 40 och 70 % av alla 20 definierade parametrar. Mätningen presenterar utgångsläget på Vårdcentral Wisby Söder.

Mätningen inkluderade patientjournaler från två vikarier och en nyanställd läkare som träffade 20 patienter med diabetes mellitus. Resultatet visade på en stor brist i följsamhet av det lokala vårdprogrammet.

Påfallande bättre resultat i maj 2009 som kunde förklaras med påbörjat arbete av den andra vikarien i april 2009. Samtidigt sjunker procentuella andelen igen i juni 2009 under närvaro av samma läkare. Median = 49 % av alla parametrar.

Andra mätningen började i december 2009 och pågår fortfarande. Mätningen började efter undervisning av checklistan och ändring av rutiner kring ordination av blodprover.

Mätningen visar en variation mellan 60 och 95 %. Undersökningen innefattar granskning av patientjournaler från fyra nyanställda läkare till och med mars 2010, därefter från sex läkare. Mätningen inkluderar i nuläget 17 patienter med diabetes mellitus.

Det finns en klar förbättring jämfört med utgångsmätningen men målet som borde uppnås är

dock 100 % följsamhet alla 20 parametrar. Median = 69 % av alla parametrar. Det definierade målet kunde ännu ej uppnås. Med tanke på att vissa omstruktureringar behöver längre tid att visa resultat (preliminärbokningar sker alltid ett år i förväg) krävs det att mätningen fortsätter under ett år till.

Remiss som skickades till diabetessköterskan i januari 2010 blev ej besvarad. Ytterligare undersökningar med att räkna antal remisser till diabetessköterska och hur många som besvaras pågår.

Mätningar genomfördes med försök att inkludera samtliga riktlinjer som finns enligt lokala vårdprogrammet för patienter med diabetes mellitus. Att granska journaler är tidskrävande. Procentuell uppfyllelse av 20 parametrar är ett mycket högt mål att uppnå.

Checklistan som hjälpmedel för läkare och undersköterskor samt rutiner beträffande kontakt med diabetessköterska är ett lämpligt hjälpmedel för att följa lokala vårdprogrammet och öka patientsäkerheten för patienter med diabetes mellitus.

Så här arbetar vi vidare:

- Mätningar genom journalgranskningar skall fortsätta under minst ett år. Förhoppningen är att minska strukturella fel som uteblivna preliminärbokningar.
- En introduktionspärm med all information skall sammanställas i maj 2010.
- Information om förbättringsarbete skall spridas på Vårdcentral Wisby Söder. Personal skall få information och undervisning i nya rutiner.
- ”Hembesök” hos andra kommunala vårdcentraler på Gotland är planerad.
- Presentation på nationell kvalitetsdag att ge kollegor i andra landsting möjlighet att profitera ifrån vårt förbättringsarbete.

Att arbeta med Förbättringskunskap:

- **Fördelar**
Att arbeta inom en grupp tillsammans på ett problem över en längre tid ger möjlighet att utveckla gemenskap och förtroende. Alla bidrar med sin syn och erfarenhet till nya idéer och lösningar. Uppgifter som känns i början nästan omöjligt att bearbeta finns efter ett tag inte längre kvar.
- **Nackdelar**
Under vår arbetsprocess hittade vi så många närliggande områden som borde förbättras. Att hitta lösningar och bearbeta ett problem kräver att man begränsar uppgifter och förbättringsområden.
- **Mest givande**
Kontakten med andra deltagare inom förbättringsarbetet fyllde på med inspiration och konstruktiv kritik. Man tvingas att formulera sig tydligare och förändra sitt arbete så att de andra förstår vad man håller på med.
- **Svårast**
Inom vårt vardagsarbete är man oftast upptagen med sin roll som läkare, sköterska eller sekreterare. Att skaffa en arbetsmiljö som är stressfri och ger möjlighet att utveckla nya idéer och öppna esprin för utmaningar är nödvändigt för att förändra något.
- **Lärdomar**
Det behövs en struktur utifrån som stödjer gruppen och inspirerar när man själv håller på att gå vilse. Olika yrkesgrupper och åldrar inom ett team representerar en resurs med erfarenhet, olika kunskap och synpunkter på en problemställning. Att arbeta inom blandade ”team” är en upplevelse som bör upprepas på vår vårdcentral.

Checklista Diabetes mellitus – läkare

Kontroll årsvis

1. Provtagning innan läkarbesök (sparad i frasminne!)

- längd (första besöket)	<input type="checkbox"/>	_____
- vikt	<input type="checkbox"/>	_____
- HbA1c	<input type="checkbox"/>	_____
- kalium	<input type="checkbox"/>	_____
- kreatinin	<input type="checkbox"/>	_____
- Urinsticka (makroproteinuri)	<input type="checkbox"/>	_____
- Alb/kreatinin i urin	<input type="checkbox"/>	_____
- kolesterol	<input type="checkbox"/>	_____
- triglycerider,	<input type="checkbox"/>	_____
- HDL (LDL räknas ut)	<input type="checkbox"/>	_____

2. Vid besöket

2.1. Anamnes/Samtal

- Tobak/Snusning/(Alkohol) _____
- Motion, hur ofta/vecka _____
- Syn (nedsättning,), sista ögonbottenunders. _____
- Aktuella läkemedel/läkemedelslistan _____
- Debut Dm (år) – till ”stående diagnoser” _____

2.2. Undersökning

- blodtryck _____
- midjemått _____
- (hjärt- och lungstatus) _____
- LS fötter:
(fotpulsar, vibrationssinne, monofilament, sår) _____

2.3. Avslutning

- Receptförnyelse (1 år)? _____
- Läkemedelslistan: kopia till pat.? _____
- Återbesök (sköterska/läkare)? Remiss? _____
- Andra remiss? Ögonbotten? Fotvård? _____

3. Efter besöket

- Dokumentation lab:	Blodtryck	<input type="checkbox"/>

- Rökanamnes (1=ja, 0= ej)	<input type="checkbox"/>	_____
- Midjemått-	<input type="checkbox"/>	_____
- NDR rapport/eller till d-dsk-	<input type="checkbox"/>	_____
- ögonbottenfotografering	<input type="checkbox"/>	_____
- Prel. bokning genomförd (labprover/ny tid)?	<input type="checkbox"/>	_____

Ny upptäckt Diabetes mellitus:

- Ögonbottenfotografering
- längd

Erfarenheter och resultat från kursen förbättringsarbete ur ett chefsperspektiv

Det här tycker vi att kursen tillfört ur ett patient- respektive ett verksamhetsperspektiv

Samtliga förbättringsarbeten som genomförts inom kursens ram har haft patientperspektivet som utgångspunkt, men kommer också att gagna verksamheten på andra sätt.

Resultaten kommer att förbättra för patienterna i form av bättre flöden, strukturer, tidsplanering och följsamhet till rutiner

Dessutom kommer de att ge bättre diagnostik, vård och behandling ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Den ökade patientsäkerheten i form av standardiseringar lyfts också fram som ett positivt resultat.

Att förbättringsteamerna har varit tvärprofessionella och tvärorganisatoriskt sammansatta har bidragit till en bra spridning av kunskaper inom och utanför den egna verksamheten.

Så här kommer vi att använda teammedlemmarnas kompetens i framtiden

Vi kan nyttja kunskapen och metodiken inom andra förbättringsområden. Metoden är användbar i andra sammanhang och just nu är läkemedelsområdet i fokus. Det finns också förbättringsområden som introduktionsprogram och tidböcker, ”det finns redan nya idéer”.

Så här tog vi fram lämpliga förbättringsområden

Här har olika tillvägagångssätt använts. I vissa verksamheter har ST-läkarens intresseområde fått styra, inom andra har av verksamhetschefen prioriterade områden varit avgörande. I en verksamhet hade ett antal bristområden identifierats och teamet beslutade sedan gemensamt om ett prioriterat förbättringsområde.

Några ord på vägen till andra chefer inför kommande förbättringskunskapskurser

Bra med de tvärprofessionella teamerna.

Bra att ha med en sekreterarfunktion i teamet.

Viktigt att beräkna och avsätta schemalagd tid för hela kurstiden, inkl. eget arbete.

Deltagare i styrgruppen:

Arne Lundberg, verksamhetschef

Eva Jetsell, verksamhetschef

Eva Orusild, verksamhetschef

Gunnar Ramstedt, övergripande studierektor och chefläkare

Kristina Eklund, verksamhetschef

Leif Olsson, kvalitetschef

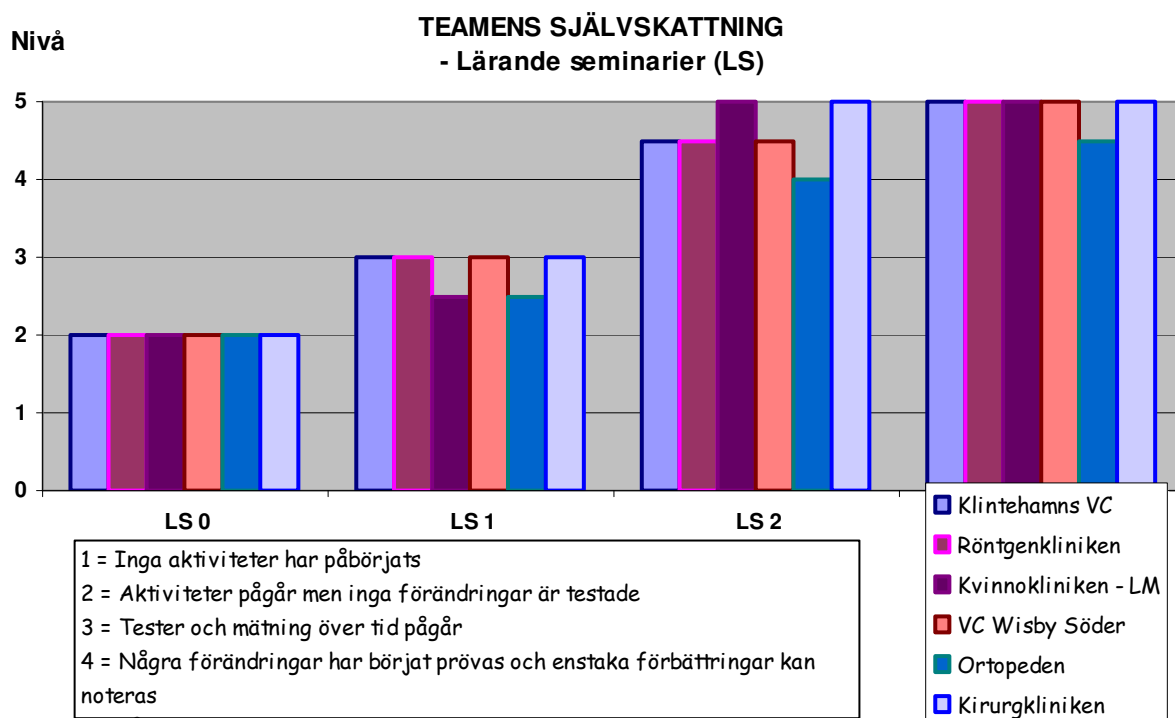
Monica Hjorthén, verksamhetschef

Svante Walldén, senare Catrin Malmqvist, verksamhetschef

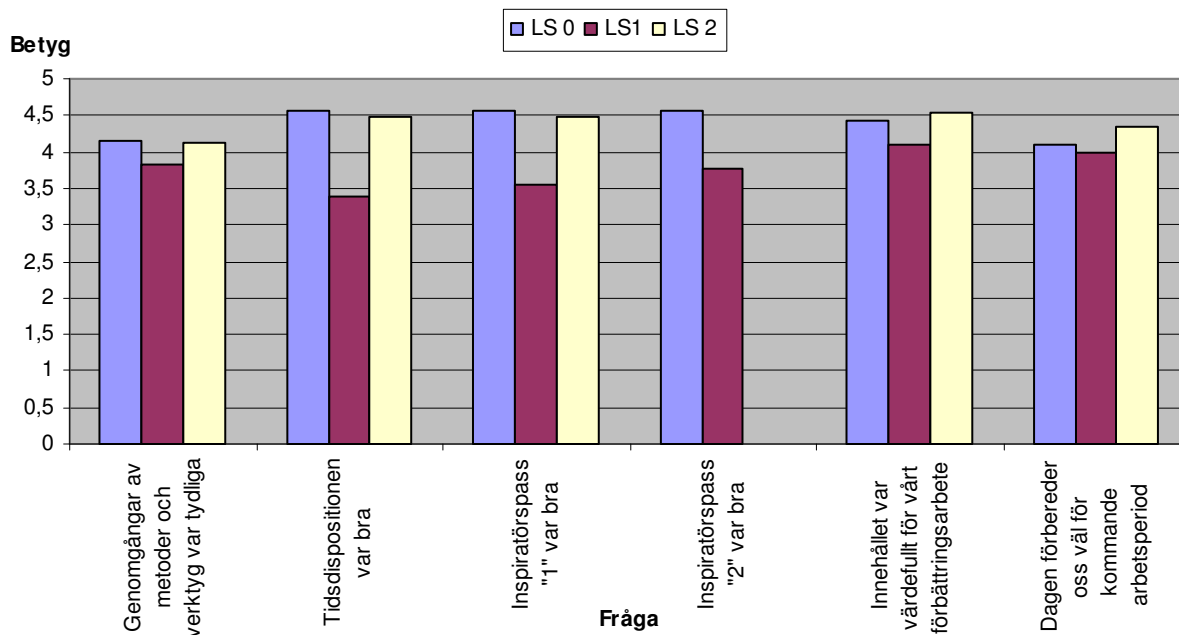
Diskussion – kursledning

- Planerad gemensam tid för teamen brukar anges som en framgångsfaktor för framgångsrika förbättringsarbeten. Det underlättar ytterligare om den är schemalagd. Till kommande kurser kan alla team uppmanas att schemalägga sitt arbete redan vid det första lärande seminariet.
- Verksamhetschefernas engagemang är en förutsättning för att förbättringsarbeten ska bli lyckosamma. Som uppdragsgivare blir de en garant för att teamens resultat används och att test som fallit väl ut genomförs i hela organisationen. Konstruktionen att styrgrupp för kursen utgjorts av verksamhetscheferna för respektive team, tillsammans med kursledningen, har bidragit till detta.
- Den pedagogiska metoden som använts fungerar. Det visar bl. a. teamens resultat (målsatta önskade förbättringar, genomförda test och grafiskt illustrerade mätningar av resultat) samt att 100 % av kursdeltagarna anser att deras förbättringsarbeten har kommit patienterna till godo.
- Spridning av förbättringskunskap och dess resultat är svår innan det är en känd metod i sjukvårdsorganisationen. Vi behöver utnyttja redan befintliga strukturer och andra publika arrangemang för att på så sätt nå ut till fler.
- Deltagarna har genom att mötas och lösa gemensamma problem under kursen, utvecklats till väl fungerade förbättringsteam. De har lärt sig att ta till vara på, uppskatta och lita på varandras olika kompetenser. De är nu en direkt resurs för sina verksamhetschefer i kommande förbättringsarbeten.
- De lärande seminarierna är ett viktigt stöd för teamen som ger ny energi till deras medverkan i förbättringsarbeten.
- Genom att göra platsbesök, ställa krav på månadsrapporter (med påminnelser) och hålla mailkontakt med teamledarna under arbetsperioderna har handledarna utgjort ett nödvändigt stöd och varit pådrivande i förbättringsarbetet.
- Att genomföra en separat träff med teamledarna under den längsta och tyngsta arbetsperioden föll väl ut. Det är något vi kommer att fortsätta med i kommande kurser.
- Det har varit framgångsrikt med ST-läkare som teamledare i förbättringsarbetet. De har visat stort engagemang och ansvar för sina uppdrag och team, vilket har varit uppskattat av teammedlemmarna och bidragit till de goda resultaten av teamens förbättringsarbeten.
- Vi behöver från början ytterligare tydliggöra examinationskraven för ST-läkarna.

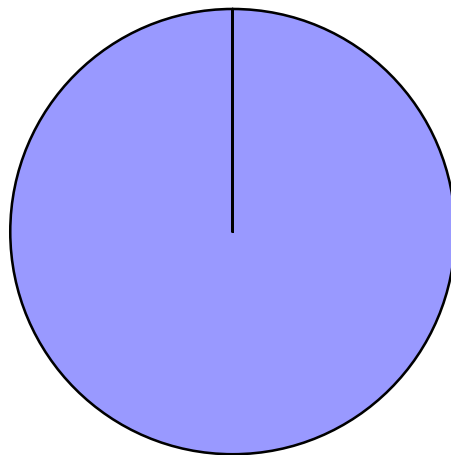
Teamens självskattning mm



Kursdeltagarnas Utvärdering av Lärande Seminarium 0, 1 och 2



Skulle du rekommendera dina kollegor att gå denna kurs?



Medför ert förbättringsarbete direkt nytta för patienten?

