

Värdekompass & Orienteringsblad

**FÖR FÖRBÄTTRINGSARBETE
INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN**

Arbetsmaterial

Upplysningar om arbetsmaterialet
lämnas på Landstingsförbundet av
Michael Bergström och Jesper Olsson
tel 08-702 43 00

Rekvosition sker direkt från Landstingsförbundet,
Trycksaksbeställningen, Box 70491,
107 26 Stockholm
tel 08-702 43 36, telefax 08-702 45 90

Best nr 1728 • ISBN 91-7188-401-7

Produktion: Informationsavdelningen
Stockholm 1997

Innehållsförteckning

Förord	4
”I prefer self-organizing ideas” av Gene Nelson Paul Batalden	5
Värdekompassen och Orienteringsblad för förbättringsarbete	6
Manual	11
Arbetsblad	12
Verktygstips	18
Exempel från nätverksprojektet Kompassresan	23

Förord

Enheten för hälso- och sjukvårdens utveckling på Landstingsförbundets Hälso- och sjukvårdsavdelning har som uppgift att stötta, underlätta och påskynda förbättringsarbete och verksamhetsutveckling i den svenska hälso- och sjukvården.

Vi fokuserar därför en del av arbetet på modeller, metoder och verktyg som kan bidra till detta och som utgår från kunskap om hur förbättringar kan göras. Denna förbättringskunskap utgör även grunden för QUL-instrumentet (Kvalitet, Utveckling, Ledarskap) från Landstingsförbundet och Utmärkelsen Svensk Kvalitet (USK) från Institutet för Kvalitetsutveckling (SIQ). QUL och USK hjälper olika verksamheter att diagnostisera sina system. Metoderna Värdekompassen och Orienteringsbladet är utvecklade för att vara till stöd för enskilda arbetsgrupper som vill förbättra sina processer och därigenom öka värdet av vårdens insatser för patienterna.

Värdekompassen och Orienteringsblad för förbättringsarbete är de bearbetade och prö- och Jörgen Striem.

vade svenska versionerna av The Clinical Value Compass och The Clinical Improvement Work-sheet, vilka har skapats av professorerna Paul Batalden och Eugene Nelson vid Dartmouth Medical School, New Hampshire, USA.

Landstingsförbundet vill tacka arbetsgrupperna från följande kliniker:

- Medicinkliniken, Höglandssjukhuset
- Eksjö Reumatologkliniken, Falu lasarett
- Lungmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
- Rehabcentrum, Skellefteå Sjukvård
- Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset
- Plastikkirurgiska kliniken, Södersjukhuset och Karolinska Sjukhuset
- Geriatrisk Rehab, Samrehab och Ortopedkliniken, Värnamo Sjukhus

och framföra ett särskilt tack till följande för deras insatser i utvecklingsarbetet av den svenska versionen av Värdekompassen och Orienteringsbladet: Ulf Andersson, Agneta Jansmyr, Kaisa Pettersén, Marianne Rimås

För förbättringsarbetet

*Michael Bergström, projektledare
Landstingsförbundet*

*Jesper Olsson
Landstingsförbundet*

”I prefer self-organizing ideas”

*Robert Galvin
Chairman, Executive Committee
Motorola Corporation*

Clinicians are prepared to think scientifically and to apply that thought process to their daily work as they care for patients, families and communities. Most have not used the same scientific training to study and test changes in the way they care for patients. We developed the Clinical Improvement Worksheet for their use in studying, improving and learning from the daily practice of care for patients.

Our plan was to link the measurement for treatment outcomes with the analysis and testing of change in the processes of care related to those outcomes. Confronted with the proliferation of the disease-specific measures of outcome of the different clinical disciplines, we wanted to help guide the practical use of outcome measurement across diseases and disciplines.

We reasoned that if we could identify measurement domains that would apply to most situations, people could be encouraged to use outcome measurement in daily clinical care. That led us to identify the following four measurement categories or domains:

- **Clinical, biological** – measures commonly used include morbidity, mortality, complications, departures from or return to biological homeostasis.
- **Functional** – common measures are those of physical, mental or social functioning, activities of daily living, departures from or return to ”functional homeostasis”.

- **Satisfaction against need** – common measures are those that describe the satisfaction of a need about the care, such as the patient’s ability to understand and apply the information given, the respect shown the patients, etc.
- **Cost** – common measures are those of direct health cost, but our thinking was not limited to health care-giving costs alone. We were interested in ”total costs” that included both direct and indirect social costs of illness.

We recognized the value of a balanced set of measures at the outset. Further, we reasoned that if we attached each of the aforementioned domains of outcome measurement to a simple method for building knowledge about the clinical process, we could stimulate the design and testing of change and allow the model to ”implement itself”.

We are delighted that our Swedish colleagues have been able to use and build upon our model. Their own experiences with their colleagues have helped them come to a deeper set of understanding and we are glad they have take the trouble to write some of them down in this monograph. We congratulate them on the accomplishment of this task.

Best wishes to all who read about and decide to try this model. Let the framework ”implement” itself. Varsågod!

*Gene Nelson, D.Sc.
Paul Batalden, M.D.
Dartmouth Medical School & The Hitchcock
Clinic, Lebanon, New Hampshire
September 15, 1997*

Värdekompassen och Orienteringsbladet – metoder i förbättringsarbetet

Med hjälp av Värdekompassen och Orienteringsbladet kan tvärprofessionella arbetsgrupper i vården förbättra sina processer för att öka värdet av vården för patienterna.

Följande utgångspunkter ligger till grund för metoderna

- Vården skapar *värde* för patienterna genom processer.
- De som arbetar i processerna kan tillsammans beskriva, förändra och förbättra processerna för att skapa bättre värde för patienterna.
- All förändring innebär inte förbättring, men all förbättring innebär förändring.
- Varje system är perfekt utformat för att ge precis de resultat man får. Vill man ha ett bättre resultat får man pröva att göra på ett annat sätt. Vi behöver utveckla förmågan att snabbare testa, förändra och lära för att skapa bättre värde av vården.
- Vi behöver modeller, metoder och verktyg till hjälp som underlättar detta utvecklingsarbete.
- Värdekompassen och Orienteringsblad för förbättringsarbete är hjälpmedel utvecklade i denna anda.

Värdekompassen

Värdekompassen är en metod för att beskriva värdet av vården för en specifik patientgrupp i fyra dimensioner – kliniskt status, funktionellt hälsostatus, tillfredsställelse i relation till behov samt kostnader. Det är viktigt att försöka beskriva värdet av vården, i en tid när vi alla söker nå bästa möjliga kvalitet med tillgängliga resurser.

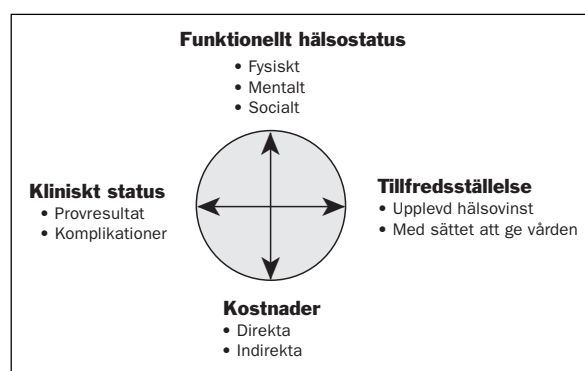
Teorin bakom

- Syftet med hälso- och sjukvården är att den skall förebygga, diagnostisera och behandla sjukdomar genom att återupprätta eller upprätthålla livsfunktionerna
- De mänskliga livsfunktionerna utgörs av biologisk, fysisk, social och mental hälsa
- Hälso- och sjukvård strävar mot att tillhandahålla den vård som kan skapa bra värde för patienterna
- Värdet¹ av bra sjukvård kan också beskrivas som en funktion av kvalitet, kostnader och volym

Utifrån dessa utgångspunkter är Värdekompassen skapad.

Värdekompassen är en bild (metafor) av fyra dimensioner i väderstreckens riktningar. Alla är lika viktiga och den traditionella kompassnålen saknar betydelse i detta sammanhang. Tanken är att det finns resultat i fyra riktningar som behöver undersökas, beskrivas och förbättras över tiden för patienterna.

För att framgångsrikt kunna beskriva värdet av vården för en viss patientgrupp i de olika dimensionerna kan en tvärprofessionell



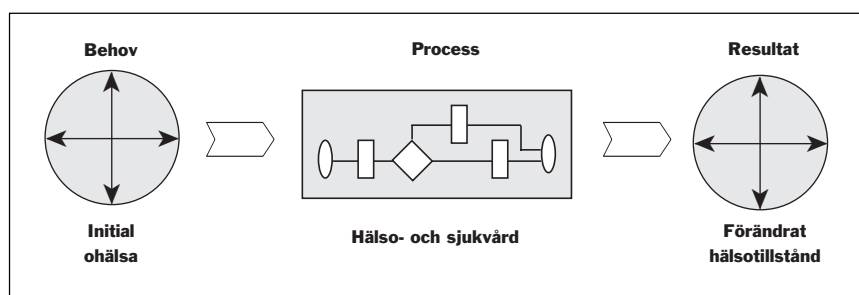
De fyra dimensionerna är:

- Väster** – Kliniskt status
- Norr** – Funktionellt hälsostatus
- Öster** – Tillfredsställelse i relation till behov
- Söder** – Kostnader (direkta och indirekta)

arbetsgrupp samlas och bidra med sina kunskaper. Gruppmedlemmarna bör kunna bidra med kunskap om den kliniska processen och vara intresserade av resultatet för patienterna i Värdekompassens dimensioner.

I manualen för Värdekompassen finns ett detaljerat tillvägagångssätt beskrivet. Det innebär att man först utröner *vad* man är intresserad av att mäta i de olika dimensionerna och därefter identifierar *hur* man avser att mäta sina variabler. Att skapa en värdekompass för en specifik patientgrupp är också första steget i Orienteringsbladet.

Värdekompassen är en modell för att beskriva värdet av vården. Det är processerna som skapar detta värde. Vill vi förbättra värdet, så måste vi förbättra processerna. Till stöd för detta förbättringsarbete finns en modell i Orienteringsbladet för förbättringsarbete.



¹ Värdet = $f\left(\frac{\text{kvalitet}}{\text{kostnader}} * \text{volym}\right)$

Orienteringsblad för förbättringsarbete

Med hjälp av Orienteringsblad för förbättringsarbete kan en tvärprofessionellt sammansatt arbetsgrupp få stöd i ett patientfokuserat förbättringsarbete för en specifik patientgrupp.

Bladet ger stöd i fyra steg:

1. Vilka resultat vill vi uppnå för patienterna?

Fokusera på resultatet av vården för patientgruppen i en Värdekompass

2. Hur arbetar vi för att nå dessa resultat?

Kartlägg processen med vilken hälso- och sjukvården försöker skapa värde för patientgruppen.

3. Hur kan vi förbättra vårt sätt att arbeta?

Identifiera förändringsidéer som kan utveckla och förbättra processen som skapar värde för patienterna.

4. Hur kan vi testa idéerna?

Gör små tester för att skilja ut vilka förändringsidéer som leder till förbättringar för patientgruppen.

Om vi arbetar med dessa frågor kan vi lära oss:

- mer om resultat och värdet av vården
- mer om våra processer
- mer om hur processerna reagerar på förändringar
- mer om lagarbete
- mer om förändrings- och utvecklingsarbete
- mer om hur vårdens delar samverkar i en helhet

Bättre processer skapar bättre värde för patienterna!

Nätverksprojektet Kompassresan

I nätverksprojektet Kompassresan har Landstingsförbundet tillsammans med sju grupper arbetat med syftet att öka svensk hälso- och sjukvårds förmåga att förbättra sig genom att länka resultatmätningar till processförbättringar.

De sju arbetsgrupperna har prövat Värdekompassen och Orienteringsbladet. I projektet har teori och reflektion varvats med mellanliggande arbetsperioder på hemmaplan. Arbetsgrupperna har kommit från och fokuserat följande patientgrupper i sitt arbete

- **Medicinkliniken, Höglandssjukhuset Eksjö**
Patienter med misstänkt hjärtinfarkt
- **Reumatologkliniken, Falu lasarett**
Rehabilitering av reumatologpatienter
Lungmedicinska kliniken,
- **Universitetssjukhuset i Linköping**
Samarbete med primärvården
- **Rehabcentrum, Skellefteå Sjukvård**
Hemrehabpatienter med stroke
- **Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset**
Hysterektomipatienter
- **Plastikkirurgen, Södersjukhuset & Karolinska Sjukhuset**
Patienter med trycksår
- **Geriatrisk Rehab, Samrehab, Ortopedklin, Värnamo**
Patienter med höftfrakturer

Arbetsgrupperna har på ett förtjänstfullt sätt bidragit med exempel och erfarenheter till detta material.

Projektet har haft ett värdefullt samarbete med modellens upphovsmän professorerna Paul Batalden och Eugene Nelson, Dartmouth Medical School, New Hampshire, USA. Detta har bl a skett genom en introduktionskurs i Dartmouth och genom interaktiva videokonferenser under projektets gång.

Vi har i projektet bl a funnit att Värdekompassen kan användas på flera olika sätt.

Den kan t ex:

- fungera som en ”instrumentpanel” för att följa förändringar och/eller
- fungera som första steget i Orienteringsbladet för att underlätta förbättringsarbetet.

Vidare har vi funnit att:

- metoden stimulerar tvärprofessionella diskussioner och uppmuntrar till lärande om hälso- och sjukvårdens processer och system
- det är ett viktigt och lärorikt steg i förbättringsarbetet att synliggöra vårdens processer
- Orienteringsbladet är en tydlig modell, i vilken det är lätt att följa de olika stegen
- grupper som arbetar med metoden behöver enkla kvalitetsverktyg som underlättar arbetet. Känner man inte till sådana verktyg i organisationen så behöver man utbildning/stöd.

De metoder som beskrivs i detta material är inga undermetoder som löser alla problem. De ger inte heller färdiga mätetal i handen, men de erbjuder en struktur i arbetet att finna sådana.

**Det är genom att pröva
som vi vinner erfarenheter.**

Referenser

Värdekompassen och Orienteringsblad för förbättringsarbete har först presenterats i följande två artiklar i en serie i Journal on Quality Improvement:

Nelson E, Mohr J, Batalden P, Plume S; Improving Health Care Part 1: *The Clinical Value Compass*. Joint Commission Journal on Quality Improvement 22:243-258.1996

Nelson E, Mohr J, Batalden P, Plume S; Improving Health Care Part 2: *A Clinical Improvement Worksheet and Users' Manual*. Joint Commission Journal on Quality Improvement 22:531-548.1996

I serien ingår därutöver:

Mohr J, Mahoney C, Nelson E, Batalden P, Plume S; Improving Health Care Part 3: *Clinical Benchmarking for Best Patient Care*. Joint Commission Journal on Quality Improvement 22:599-616.1996

Batalden P, Mohr J, Nelson E, Plume S; Improving Health Care Part 4: *Concepts for Improving Any Clinical Process*. Joint Commission Journal on Quality Improvement 22:651-659.1996

Manual

Målgrupp

Denna manual är avsedd för tvärprofessionella arbetsgrupper, som naturligt arbetar tillsammans eller för grupper som skapas för att öka värdet av vården för en viss patientgrupp.

Den innehåller korta instruktioner och kommentarer för varje del av Orienteringsbladet. Även om de står i en viss ordning, så är det inte nödvändigt att följa denna.

Att komma igång

Att bilda en arbetsgrupp: *Vilka skall vara med och arbeta med förbättringsarbetet för en viss patientgrupp?*

Tänk på:

- Begränsa antalet till högst åtta deltagare.
- Välj personer som känner till olika delar av processen.
- Välj personer med olika expertis och kunskaper till en tvärprofessionell arbetsgrupp.
- Välj en ledare som är trovärdig och som har ansvar för den kliniska processen.
- Välj om möjligt en erfaren handledare till arbetsgruppen

Orienteringsbladet för förbättringsarbete

Detta innehåller fyra steg:

- 1 RESULTAT** för en patientgrupp speglas i en Värdekompass. Arbetsbladen till Värdekompassen utgör stöd till detta första steg.
- 2 PROCESSEN** – kartlägg och analysera processen
- 3 FÖRÄNDRINGAR** – generera idéer om förändringar som skulle kunna leda till förbättringar
- 4 PILOTTESTNING** – gör små tester av förändringsidéer

Varje steg kan ge upphov till idéer om förändringar som skulle kunna leda till förbättringar. Skriv ner dessa idéer så att ni kan använda dem i ett senare skede (i steg 3 och 4).

TIPS

Arbetsgruppen kan välja en tid och dag i veckan eller glesare för regelbundna möten för att planera och genomföra den första förbättringscykeln (planera-gör-studera-lär). Strukturerade möten med klar dagordning och överenskomna mötesregler rekommenderas.

Arbetsgruppen kan vara en naturligt förekommande arbetsgrupp eller en speciellt utvald grupp som skall arbeta med ett speciellt ämne (ex urinvägsinfektioner, astma hos vuxna eller höftplastikoperationer) för en viss patientgrupp. Arbetsgruppen kan inte väljas förrän patientgruppen har identifierats.

I praktiken är det ofta nödvändigt att göra ett preliminärt val av patientgrupp och bestämma ett preliminärt syfte innan arbetsgruppen väljs.

Erfarenheter från pilotprojektet talar för att det är viktigt

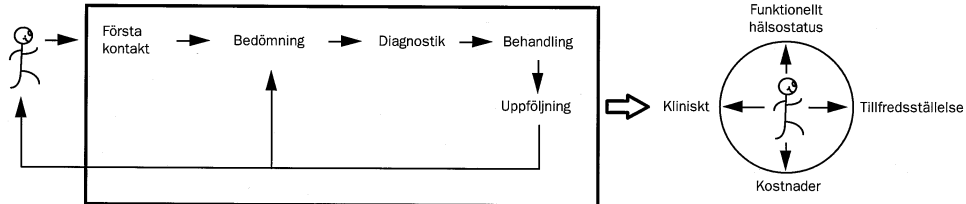
- att välja en specifik patientgrupp,
 - att förbättringsarbetet har en ledningsförankring
 - att man har en flexibilitet i arbetsgruppens utformning – nya medlemmar kan behöva komma till.
-

Orienteringsblad för förbättringsarbete

Idé: att påskynda det praktiska förbättringsarbetet genom att sammanföra kunskap om resultat och processer med att genomföra tester av identifierade förbättringsmöjligheter.

2 PROCESS \Rightarrow Analysera Processen

Hur ser processen ut som åstadkommer vård till just dessa patienter?



4 RESULTAT

- Välj en patientgrupp
- Syftet med förbättringsarbetet? Givet vår önskan att begränsa/minska ohälsan i "just dessa patienters" liv -vad kan då anses som önskvärda mått?

3 FÖRÄNDRINGAR \Rightarrow Generera idéer till förändringar

Vilka idéer har vi för att förändra vårt sätt att arbeta, så vi uppnår bättre resultat?

•
•
•

4 PILOT \Rightarrow Välj första/nästa förändring till pilottesten

Hur kan vi använda Planera - Gör - Studera - Lär (Plan - Do - Study - Act) cykeln för att pilottesta en förbättringsidé?

Värdekompassen arbetsmaterial © 1997, Landstingsförbundet
Svensk bearbetning: Bergström M, Olsson J med tillåtelse av Paul B Batalden

Värdekompassen - Arbetsblad - VAD mäta

(Punkt 1 i orienteringsbladet)

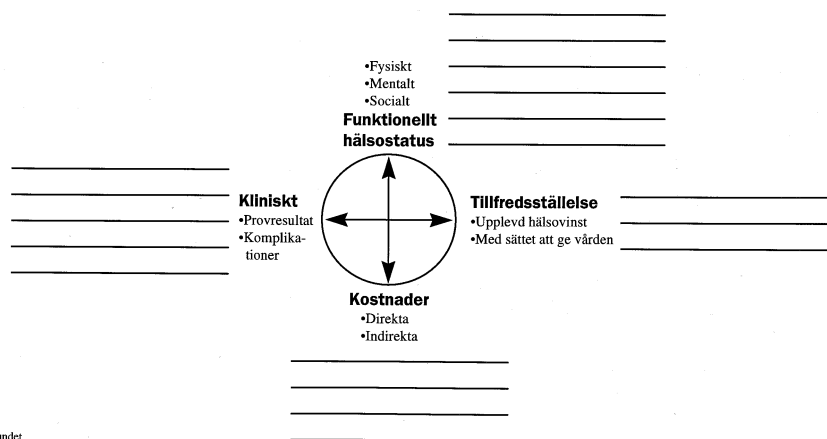
A VÄLJ EN PATIENTGRUPP _____
(specificera patientgruppen)

B SYFTE _____

TIPS
Arbetsbladets syfte är att: identifiera de resultat- och kostnadsmått som beskriver värdet av vården.

1. Välj en patientgrupp.
2. Sätt samman ett tvärfunktionellt arbetslag.
3. Använd brainstorming eller liknande för att skapa en "lista" med mått.
4. Börja i väster (kliniskt) på värdekompassen, arbeta sedan medsols.
5. Använd multiröstning för att reducera "listan" av nyckelmått för resultat- och kostnader.
6. Ställ de data som behövs mot data du kan få i dag. - Vad är rimligt?
7. Gå till Värdekompassen - Arbetsblad - HUR mäta.

C VÄRDE



Värdekompassen arbetsmaterial © 1997, Landstingsförbundet
Svensk bearbetning: Bergström M, Olsson J med tillåtelse av Paul B Batalden

1 RESULTAT

... för en patientgrupp speglas i en Värdekompass.

Använd "Värdekompassen – Arbetsblad VAD mäta" i detta steg.

A Börja med att välja en patientgrupp (population)

För att välja en viss patientgrupp kan följande kriterier vara till hjälp: diagnos eller behandling med stor volym, höga kostnader, stor förbättringspotential per fall, stor sannolikhet att förändring kan genomföras, viktigt för olika intressenter och av medicinskt intresse. Ofta väljer man en för ospecificerad patientgrupp.

Tips

Det kan i början vara viktigt att välja ett fokus med både ett starkt medicinskt intresse och ett ekonomiskt intresse. Man kan ha hjälp av att studera organisationens strategi, verksamhetsmål och tillgängliga verksamhetsdata för att välja en viss patientgrupp i förbättringsarbetet.

B Vad är syftet med förbättringsarbetet för den valda patientgruppen?

Starta med ett brett syfte för ert arbete med den valda patientgruppen. Det kan avspegla flera dimensioner av kvalitet och kostnader. Syftet kan skärpas och göras mer specifikt när man senare förbereder en pilottest av en förändring.

Tips

Syftet kan t ex innehålla namnet på processen, var den börjar och slutar och några aspekter på den förväntade nyttan av förbättringsarbetet.

Exempel

Vårt syfte är att förbättra (processen) för våra patienter. Processen startar med..... och slutar med Skälen/t för att förbättra just denna process är Vi förväntar oss att arbetet skall leda till(förväntad nytta)

C Gör en Värdekompass

Vad vill vi åstadkomma för våra patienter? Vilka mått kan beskriva det värde ni vill skapa för den valda patientgruppen? Med utgångspunkt i det valda syftet kan gruppen t ex använda brainstorming (se verktygstips) för att identifiera vilka mått som är viktiga i Värdekompassens olika väderstreck.

- Starta med **Kliniskt** (väster),
- fortsätt med **Funktionellt hälsostatus** (norr),
- **Tillfredsställelse** i relation till behov (öster)
- och sluta med **Kostnader** (söder).

När ni har klargjort vad varje förslag innebär använd multiröstning (se verktygstips) för att få fram de 1-3 viktigaste måtten i varje riktning dvs *vad* som skall mätas. Identifiera därefter *hur* dessa kan mätas. Använd *Värdekompassen Arbetsblad HUR mäta* för att gå från *Vad*-mäta till *Hur*-mäta

Tips

Det är ofta till hjälp att rita Värdekompassen på ett blådderblock på en vägg så att alla kan se. Man kan då återkomma till modellen och utveckla den.

Värdekompassen - Arbetsblad - HUR mäta

(Punkt

1

i orienteringsbladet)

SPECIFIKA DEFINITIONER \rightarrow för valda mått

TIPS

Mått:
namnge måtten och gör en kort beskrivning av dem. Beskrivningen skall tala om för andra *vad* som mäts och vem som äger måttet.

Mätmetod:
beskriv metoden och systematiken för mätandet av variabeln. Den skall skrivas så att olika människor kan utföra mätningen och uppnå jämförbara resultat. Beskrivningen skall på ett begripligt och enkelt sätt förklara för den som mäter *hur* detta skall utföras.

MÅTT (Vad mäta?)	MÄTMETOD (Hur mäta?)
A. Ägare:	
B. Ägare:	
C. Ägare:	
D. Ägare:	
E. Ägare:	
F. Ägare:	
G. Ägare:	
H. Ägare:	

Värdekompassen arbetsmaterial © 1997. Landningsförbundet. Svensk bearbetning: Bengtsson M, Olsson J med tillstånd av Paul B. Brattlién

Tänk flexibelt! Det övergripande syftet är att förbättra värden, inte att slaviskt följa en metod för att göra förbättringar.

Det finns två uppenbara fallor i detta arbete: att gå för fort fram respektive för långsamt. Den största risken initialt är att försöka tänka ut allt perfekt i början. Speciellt gäller detta mått och mätande. Det gäller att begränsa sig ordentligt och välja ut ett fåtal mått, och för dessa mått fundera på hur och när de skall användas. Man kan behöva byta och/eller lägga till mått med tiden och allteftersom gruppen lär sig.

Förenkla mätandet så att det blir lätt att genomföra i förhållande till de övriga rutinerna.

Kom ihåg att Värdekompassen och Orienteringsbladet är modeller i vårt arbete för att förstå verkligheten. Modeller blir ej exakta bilder av verkligheten – minns skillnaden mellan karta och landskap ...

2 PROCESSEN

– kartlägg och analysera processen

Se Orienteringsbladet punkt 2.

Hur ser processen ut som skapar värdet för just dessa patienter?

Konstruera ett flödesschema för vårdprocessen för just dessa patienter. Börja med att specificera processgränserna, dvs var processen börjar och slutar för den valda patientgruppen (se på ert syfte). Låt gruppen konstruera ett första utkast till hur processen ser ut med hjälp av en kartläggning (se verktygstips) av patientens väg. Det är ofta klokt att börja med ett enkelt schema på hög nivå (ca 5-20 steg) och förfina det när det behövs.

Tips

Använd gärna självhäftande lappar när gruppen arbetar. Det är då enkelt att ändra och göra tillägg. När gruppen är överens om hur schemat ser ut, kan det vara bra att göra en ordentlig ritning.

Gör ett flödesschema som är tillräckligt stort för att kunna studeras i grupp och med utrymme för kommentarer. Överväg att placera det på en plats där arbetsgruppen och andra kan studera det mellan mötena.

Be varje gruppmedlem att diskutera förbättringsarbetet i allmänhet och flödesschemat i synnerhet, med en eller två kollegor (som inte är med i arbetsgruppen) för att få synpunkter och en bättre förståelse av processen, förbättringsarbetet och dess metoder.

3 FÖRÄNDRINGAR

– generera idéer till förändringar

Se Orienteringsbladet punkt 3.

Vilka idéer har vi för att förändra det som görs (processen) för att få bättre resultat för våra patienter?

Gör en lång lista av förändringsidéer med hjälp av brainstorming, tidigare förslag från gruppmöten och förslag från andra som kommit gruppen till del.

Använd multiröstning eller någon annan metod för att reducera listan till de mest lovande idéerna att testa i en pilottest.

Tips för handledning

Börja med att be arbetsgruppen att reflektera en stund över syftet, de önskvärda resultaten (kliniskt, funktionellt, tillfredsställelse, kostnader) och över processen (se på flödesschemat). Be därefter arbetsgruppen att skriva ned (under tystnad och för sig själva) förslag till förändringar som de kan tänka sig leder till förbättringar.

Glöm inte bort de förslag ni eventuellt noterat i tidigare arbete och idéer ni fått från andra håll. Be en gruppmedlem i taget läsa en idé för att få en lång lista. Klargör dessa idéer och kombinera de som är näraliggande eller dubblerade. Använd multiröstning eller någon annan metod för att välja ut de mest lovande förändringsidéerna för en mindre pilottestning.

4 PILOTTESTNING

Gör små tester av förändringsidéer

Hur kan vi pilottesta en förbättringsidé genom att använda Planera – Gör – Studera – Lär – cykeln?

Det är viktigt att testa förändringsförslag. Det ger möjlighet att bedöma om förändringar är förbättringar. Fler och mindre tester är lättare att genomföra än få och stora. Det är viktigt att inte all kraft går åt till att testa bara en idé. Det vanligaste är en enkel före – och – efter studie då man jämför det gamla sättet med det nya. Om det är möjligt så är det *bäst att testa förändringen snabbt i liten skala och mäta över tid*. Det kan finnas logistiska, principiella eller tidsmässiga aspekter som stödjer eller förhindrar en pilottest, och dessa bör identifieras nu.

Tips

Var förnuftig! Alla förändringsidéer behöver inte testas. Sådana som är snabba och enkla att genomföra och som ger uppenbara och omedelbara förbättringar (t ex att en skriftlig behandlingsbeskrivning kan förbättra patientens förståelse av behandlingsplanen).

A SYFTE – Vad försöker vi åstadkomma? (Mer specifikt syfte)

Formulera ett mer specifikt syfte för testen, i linje med det större bredare syftet för arbetsgruppens arbete.

Tips

Ett formulerat strukturerat syfte är ofta till hjälp. Till exempel: Det finns en möjlighet att förbättra (processens namn). Processen börjar med (startpunkten) och slutar med (slutpunkten). Det förväntas att förbättringen i denna process skall (sätt in sannolika förbättringar i kvalitet/kostnader).

Det är viktigt att arbeta med denna process nu därför att (skriv kliniska/ekonomiska/ andra skäl för att välja denna process just nu).

B MÅTT – Hur kommer vi att veta att en förändring är en förbättring?

Välj mått som kan användas för att utvärdera utgången av pilottesten.

Tips

Måtten skall relatera till det specifika formulerade syftet i steg A. Det är ofta klokt att inte ha för många mått för att undvika överbelastning.

Pilottestning - Arbetsblad: Idé till arbetsgång

(Punkt 4 i orienteringsbladet)

A SYFTE ➤ Vad försöker vi åstadkomma? (Mer specifikt syfte)

B MÅTT ➤ Hur kommer vi veta att en förändring är en förbättring?

C VALD FÖRÄNDRINGSIDÉ ➤ Hur kan vi beskriva den förändringsidé vi valt att testa?

D PLANERA ➤ Hur skall vi planera pilot-testen?

• Vem? Gör vad? När? Med vilka metoder och vilken utbildning?

E GÖR ➤ Vad lär vi oss under genomförandet av pilot-testen?

F STUDERA ➤ När vi studerar vad som hänt, vad lär vi oss av det?

G LÄR ➤ Agera utifrån vunnen kunskap -Hur gå vidare?

**C VALD FÖRÄNDRINGSIDÉ –
Hur skulle ni beskriva den förändringsidé ni valt att testa?**

Gör en lista på de mest lovande förändringsidéerna som identifierats i steg 3. Gör en kort beskrivning av den idé som skall testas först.

Detta är en viktig lista av förändringsidéer att testa i framtiden. En viktig del av kontinuerlig kvalitetsförbättring är att göra upprepade, alltmer effektiva och snabba tester av förändringar.

D PLANERA – Hur skall vi planera pilottesten?

Vem? Gör vad? När? Med vilka metoder och vilken träning?

Gör ett kort protokoll som besvarar dessa frågor. Illustrera gärna protokollet med ett enkelt flödesschema.

Tips

En god plan måste utföras väl för att lyckas. Detta innebär att alla inblandade skall veta vad de gör och varför de gör det. Att skriva ned gången i testen är en bra början. Diskutera planen med de som skall vara inblandade i utförandet och var beredd på att göra justeringar och ändringar vid behov.

Utgångsdata som behöver samlas? Skriv ett kort datainsamlingsprotokoll som visar vem som skall samla och analysera data från de källor som identifierats.

Tips

Specificera de nyckelfrågor som skall besvaras i en pilottest och skriv i en "prov-version" av hur data skall visas för att besvara nyckelfrågorna. Inkludera de mätetal som skall användas för varje mått i datainsamlingsplanen. När det är möjligt så försök att bygga in datainsamlingen i vardagsarbetet. Ofta kan ett kort i fickformat med färdiga kolumner användas för att samla värden på mått som normalt inte noteras i journaler.

E GÖRA – Vad lär vi oss under genomförandet av pilottesten?

Genomför och skriv ner hur pilottesten går och notera avvikelser och oväntade observationer.

Tips

Arbetet är fullt av oväntade händelser som kan inverka (positivt eller negativt) på resultaten av pilottesten. Observationer av förändringsarbetet kan vara till hjälp i förberedelserna av större, och mer kraftfulla förändringar i framtiden.

F STUDERA – När vi studerar vad som hänt, vad lär vi oss av det?

Förbättrades resultaten? Analysera resultaten av pilottesten på ett sätt som besvarar huvudfrågan; Ledde förändringen till den förutspådda förbättringen?

Tips

Summera gärna nyckelresultaten. Ett sätt är att skriva in före-efter mätningar vid nyckelpunkter i flödesschemat.

G LÄR och agera utifrån vunnen kunskap. Hur går vi vidare? Vad behöver göras?

Analysera och avgör vad som krävs för att bygga in förändringen i de dagliga rutinerna, om pilottesten var framgångsrik och gjordes i liten skala. Gör en plan för att bygga in förändringen och genomför den. Om planen inte lyckas analysera orsakerna.

Fortsätt sedan med nya idéer och nya tester.

Många förändringstester ger inte det resultat man önskat. Misströsta inte; mycket kan läras av ett misslyckande. Genomfördes testen verkligen som planerats? Kan vi testa på ett annat sätt? Använd denna nya kunskap för skapa effektivare och bättre försök att förändra.

All förändring är inte förbättring, men all förbättring innebär förändring. ■

Verktygstips

Här kommer ett avsnitt med exempel på användbara verktyg men det kan finnas behov av ytterligare stöd för arbetet t ex:

- metoder för arbetsgrupper, mötesteknik
- metoder för presentation av data
- metoder för att arbeta med idéer

Flertalet av de böcker som handlar om kvalitet innehåller olika verktyg för att samla och analysera data, förstå processerna, utforska problem och lösningar (generera idéer) och verktyg för att identifiera enskilda problem eller idéer att gå vidare med.

Exempel på litteratur som innehåller olika verktyg:

- Ottosson S. O, *Minnestrimmaren – Fickboken med verktyg för ständiga förbättringar*, Liber utbildning, ISBN 91-643-0797-3
- *Verktyslådan*, IVF-skrift 93816, Produktion Ateljén IVF, Göteborg 1993
- Bergman B, Klefsjö B, *Kvalitet – från behov till användning*, Studentlitteratur 1995

PDSA (plan-do-study-act) eller Planera – Gör – Studera – Lär

Arbetsgång för systematiskt lärande

När man vill göra förändringar i en process bör detta genomföras systematiskt med hjälp av en metod. Kvalitetsförbättringsprocessen, PDSA, är exempel på en sådan metod. Kvalitetsförbättringsprocessen består av fyra steg och är både en grundläggande kvalitetsfilosofi och ett verktyg som kan användas i många sammanhang, t ex för att beskriva i vilken fas ett projekt befinner sig. Dess fyra steg: planera, gör, studera, lär, bildar ett ramverk för ett strukturerat, systematiskt och disciplinerat sätt att lösa problem och införa bestående lösningar och förbättringar.

Planera Fastställa fakta genom identifiering av grundorsaker, utveckla lösningar, utarbeta en plan för att införa lösningen.

Gör Införa lösningen.

Studera Övervaka framstegen i förhållande till planen.

Lär Göra framgångsrika lösningar permanenta.

Brainstorming

Skapa större och bättre idéer

Brainstorming är en metod som är mycket användbar i många moment av kvalitetsarbetet. Det är en allmän metod för att kreativt och effektivt åstadkomma många idéer kring vilket ämne som helst.

Tänk på:

- Lämplig gruppstorlek är 5-8 personer
- Alla idéer skrivs ner t ex på ett blädderblock eller på lappar
- Släpp loss alla i gruppen och låt idéerna flöda
- I detta skede görs *inga värderingar* av idéerna – man vill få så många som möjligt att välja bland.

När idéflödet avstannar eller det är slut på förslagen vidtar diskussion, gruppering och värdering — dvs då väljer man de bästa idéerna för vidareutveckling.

Multiröstning

Rangordna för samförstånd

Detta är en metod för att snabbt åstadkomma samförstånd om vad som har betydelse i en längre lista av faktorer eller problem. Detta åstadkoms genom att gruppen systematiskt

rangordnar listans komponenter. Resultatet ligger sedan som grund för beslut.

Tänk på:

- Gör en lista över problem eller lösningar som ska rangordnas.
- Anteckna uttalanden på ett blädderblock.
- Ta bort dubletter och/eller klargör betydelsen av uttalandena.
- Multirösta genom att fördela ett lämpligt antal röster per deltagare (vanligtvis 20-25% av antalet punkter på listan). Observera att varje deltagare kan rösta på fler än ett förslag.
- Summera vilka punkter på listan som fått flest röster och därmed skall behandlas vidare.
- Anteckna den slutliga listan med uttalanden på blädderblock.

Flödesschema

Avbilda processen/problemet

Ett flödesschema är ett grafiskt sätt att beskriva en process eller ett förlopp. Det visar hur de olika stegen hänger ihop med varandra.

Genom att rita in varje aktivitet i flödesschemat blir det ofta uppenbart var de kritiska arbetsmomenten finns. När diagrammet analyseras finner man lätt omarbete, oklarheter, kritiska punkter, väntesituationer m m. Det är då möjligt att fundera över hur processen egentligen borde utföras för att man skall nå högre kvalitet och öka värdet av vården.

En bristfällig överföring av information mellan olika personalgrupper och arbetsskift är ofta orsak till fel. Men hjälp av flödesschema kan denna felkälla också belysas.

Symboler att använda i flödesscheman



Cirkel

Visar på kopplingar. En bokstav i ringen betyder att processen fortsätter någon annanstans på samma sida, en siffra att den fortsätter på ett annat papper.



Rektangel

Visar på aktiviteter som utförs i processen.



Oval

Visar var processen startar och slutar – dvs processens avgränsningar.

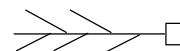


Romb

Visar på val och beslut i processen. Bör utformas som en fråga, med en "ja" väg.

Pilar används för att visa i vilken riktning processen går. Till rektanglar kan flera pilar peka, men det är oftast bara en pil som pekar ut från en rektangel. Vill man rita fler utåtriktade pilar från en och samma rektangel har man sannolikt en valsituation och kan använda sig av en romb.

Orsak/verkan – diagram (fiskbensdiagram)



Orsaker inte symtom

Orsak/verkan – diagram är ett sätt att dela upp förslag till lösningar i olika kategorier och visa dem grafiskt.

En allmänt använd kategori indelning är fem M: människa, maskin, metod, miljö och material. Man kan lika gärna använda andra kategorier, t ex personal, utbildning, organisation, patienter, lokaler, utrustning osv.

Kategoriseringen skall vara ett hjälpmedel i den aktuella situationen. Genom att rita upp diagrammet i stor skala underlättas diskussionen och möjligheterna ökar att komma överens om de viktigaste orsakerna och lämpligaste lösningarna.

Paretodiagram (80/20-regeln, Pareto lag)

Fokus på nyckelproblem

Paretodiagram är en metod för faktabaserad prioritering. Den fokuserar arbetet på de problem som ger bästa förbättringsmöjligheten genom att deras relativa frekvens eller storlek visas i fallande ordning.

Det betyder att ett relativt litet antal orsaker (20%) står för majoriteten (80%) av effekterna.

Tänk på:

- Bestäm vilket problem som fakta skall samlas in för.
- Välj den mest meningsfulla mätenheten.
- Samla nödvändiga data om varje problemkategori.
- Jämför frekvensen för varje problemkategori.

Exempel:

Klinik X har problem med långa överföringstider. Om data samlas från de 10 steg som kliniken X behöver för att överföra patienter från akutavdelningen till en medicinavdelning, visar det sig antagligen att två av dessa steg står för ca 80% av den tid det tar att överföra patienterna.

Släktskapsdiagram

Samla in och gruppera idéer

Detta är en metod för att generera ett stort antal idéer och sedan organisera och sammanfatta dem i naturliga grupper så att man förstår kärnan i ett problem och kan finna nya lösningar.

Tänk på:

- Formulera den aktuella frågan i en hel mening.
- Ta fram minst 20 idéer genom brainstorming och anteckna dem på självhäftande lappar
- Sortera idéerna i 5-10 besläktade grupper.

Åstadkom samförstånd inom gruppen om ett ord eller en fras som betecknar den centrala idén i varje grupp. Placera den överst som en rubrik.

Exempel:

Varför ger avdelningen ojämnt resultat?

- A Brist på utbildning
- B Ingen dokumenterad process
- C Oklara kvalitetsnormer
- D Brist på samarbete med andra avdelningar
- E Stor personalomsättning

Varje medlem antecknar motsvarande bokstaver på ett papper och rangordnar uttalandena. En medlems rangordning kan t ex se ut så här:

- A 4
- B 5
- C 3
- D 1
- E 2

I detta exempel används 5 för att beteckna det viktigaste och 1 för det minst viktiga. Summera betygen från alla medlemmar i gruppen. Det uttalande som får högst betyg anses viktigast.

Metoder för arbetsgrupper och mötesteknik

Att hålla värdeskapande tvärfunktionella möten

Det är oerhört viktigt att den tid som avsätts från den vårdande verksamheten till olika typer av möten används på ett värdeskapande sätt. Orienteringsbladet och värdekompassen erbjuder i sig en struktur som underlättar effektiva möten. Men som komplement till detta finns ett antal generella verktyg som är bra vid alla sorters möten och som kommer öka värdet av den tvärfunktionella arbetsgruppen.

Sju stegs mötesprocess

Detta är en metod som underlättar en god process för mötet. Den innehåller också en fördelning av roller för deltagarna:

1. Tilldela roller:
 - Ledare
 - Antecknare
 - Tidshållare
2. Klargör målet för mötet
3. Gå kort igenom dagordningen
 - tidssätt de olika punkterna
4. Arbeta igenom dagordningen
5. Summera mötet
6. Gör dagordning och planera nästa möte
7. Utvärdera dagens möte
 - Vad gick bra?
 - Vad kan vi göra bättre?

Mötesregler för effektivare möten

Om vi tillsammans sätter de ramar som vi kommer verka inom är det lättare att förstå vad som förväntas av oss på olika möten. Exempel på påståenden vars innebörd det är bra att gruppen är överens om är:

- Alla kommer
- Mötet börjar och slutar på bestämd tid
- Kreativt klimat – vi skall inte döma varandra, utan samarbeta för att nå resultat som vi aldrig nått förr
- Respektera åsikter och personer
- Tala i tur och ordning
- Hur fattas beslut? – Rösta eller alla är överens? ■

E X E M P E L
S A M L I N G

E X E M P E L

Valda patientgrupper

Medicinkliniken, Höglandssjukhuset Eksjö

Patienter med misstänkt hjärtinfarkt

Patienter med bröstsmärtor som utgör en stor del av patienterna (resurserna) på både akutmottagningen och hjärtavdelningen.

Reumatologkliniken, Falu lasarett

Rehabilitering av reumatologpatienter

Patienter på avd 12:s r eumaplatser ,FLL, som är inlagda i slutenvår d för rehabilitering. De vanligaste diagnosgrupperna är RA, psoriasis artrit och polyartrit. Många av patienterna är i funktionsklass 3 eller 4 enl Steinbrocks index.

Rehabcentrum, Skellefteå Sjukvård

Hemrehabpatienter med stroke

Patienter i behov av hemvård efter behandling av stroke.

Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset

Hysterektomipatienter

Patienter som ska genomgå hysterektomi på benign indikation. Våra intentioner har varit att förbättra vårdkedjan för denna patientgrupp.

Plastikkirurgen, Södersjukhuset & Karolinska sjukhuset

Patienter med trycksår

Patienter i behov av vård efter kirurgisk behandling av trycksår.

Geriatrisk Rehab, Samrehab, Ortopedklin, Värnamo

Patienter med höftfrakturer

Patienter med collumfraktur som under vårdtiden behandlas vid såväl Ortopedklin som Geriatriska rehab klin med samtidiga rehab-insatser från SAMREHAB.

E X E M P E L

Värdekompassen – HUR mäta

Medicinkliniken, Höglandssjukhuset Eksjö
Patienter med misstänkt hjärtinfarkt

Värdekompassen – Arbetsblad – HUR mäta

SPECIFIKA DEFINITIONER  för valda mått

(Punkt

1

i orienteringsbladet)

TIPS

Mått:
Namnge måtten och gör en kort beskrivning av dem. beskrivningen skall tala om för andra vad som mäts och vem som äger måttet.

Mätmetod:
Beskriv metoden och systematiken för mätandet av variabeln. Den skall skrivas så att olika människor kan utföra mätningen och uppnå jämförbara resultat. Beskrivningen skall på ett begripligt och enkelt sätt förklara för den som mäter *hur* detta skall utföras.

MÅTT (Vad mäta)	MÄTMETOD (Hur mäta)
A. Undersökattidsåtgången akut.mott → avd Ägare: Ak	Söker information via PAS + speciell övervakningslista*
B. Undersöka VAS Ägare: Ak	= visuell analogskala 0-10. 0 = ingen smärta 10 = värsta tänkbara smärta Pat:s smärtupplevelser mäts efter 0, 15, 30, 45, 60 min
C. Undersöka DRG Ägare: S.E.	= diagnosrelaterade grupper söker information via PAS
D. Undersöka pat.tillfredsställelse Ägare: M.K.	Djupintervju med pat i deras hemmiljö 1-2 v efter hemgång. detta sker av hjärtsjuksköterska med lämpliga tillfrågade pat och enligt en utarbetad frågeguide. samtalen spelas in på band och skrivs sedan ut anonymt.
E.	
Ägare:	
F.	
Ägare:	
G.	* Arbetet har skett med hjälp av en speciellt utarbetad övervakningsjournal för patienter med bröstsmärtor som söker på akut mott.
Ägare:	
H.	
Ägare:	

Värdekompassen – Arbetsblad – HUR mäta

SPECIFIKA DEFINITIONER  för valda mått

(Punkt

1

i orienteringsbladet)

MÅTT (Vad mäta)	MÄTMETOD (Hur mäta)
A. <i>Bedöma funktionsklass NYHA före inläggning</i> Ägare: Ak	NYHA 1 – Inga symptom, normal prestation NYHA 2 – Symptom vid ansträngning, innebär lätt nedsatt prestation NYHA 3 – Symptom i det dagliga livet, tydligt nedsatt prestation NYHA 4 – Symptom även i vila
B. <i>Bedöma funktionsklass NYHA efter inläggning</i> Ägare: Ak	Detta sker vid telefonkontakt med patienten 6-8 v efter hemgång se A.
C. <i>Undersöka i vilken omfattning pat är arbetsföra 6-8 v efter inläggning</i> Ägare: Ak	Ringer hem till pat 6-8 v efter hemgång och frågar om ev sjukskrivning, främst yngre patienter
D. <i>Undersöka om pat har behövt byta bostad efter inläggningen</i> Ägare: Ak	Ringer hem till pat 6-8 v efter hemgång och frågar om boendeförmer har förändrats, främst äldre patienter
E. <i>Undersöka i vilken omfattning pat är arbetsföra 6-8 v efter inläggning</i> Ägare: Ak	Söker information via PAS, tidning ringer hem till pat
F. <i>Undersöka hur många pat som gåttad bortem efter sjukhusvistelse</i> Ägare: Ak	Söker information via PAS, tidning ringer hem till pat
G. <i>Undersöka vilka utskrivningsdiagnoser pat har haft</i> Ägare: Ak	Söker information via PAS
H. <i>Undersöka vårtiden</i> Ägare: Ak	Söker information via PAS

TIPS

Mått:

Namnge måtten och gör en kort beskrivning av dem. Beskrivningen skall tala om för andra vad som mäts och vem som äger måttet.

Mätmetod:

Beskriv metoden och systematiken för mätandet av variabeln. Den skall skrivas så att olika människor kan utföra mätningen och uppnå jämförbara resultat. Beskrivningen skall på ett begripligt och enkelt sätt förklara för den som mäter **hur** detta skall utföras.

P R A K T I S K A E X E M P E L

Värdekompasser

Medicinkliniken, Höglandssjukhuset Eksjö

Patienter med misstänkt hjärtinfarkt

Reumatologkliniken, Falu lasarett

Rehabilitering av reumatologpatienter

Rehabcentrum, Skellefteå Sjukvård

Hemrehabpatienter med stroke

Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset

Hysterectomipatienter

Plastikkirurgen, Södersjukhuset & Karolinska sjukhuset

Patienter med trycksår

Geriatrisk Rehab, Samrehab, Ortopedklin, Värnamo

Patienter med höftfrakturer

Medicinkliniken, Höglandssjukhuset Eksjö

Funktionellt hälsostatus

- Fysiskt • Mentalt • Socialt • Annat

NYHA-grupper (funktionsgrupper) före och efter inläggning

Sjukskrivning efter 6-8 veckor

Boendeform efter 6-8 veckor

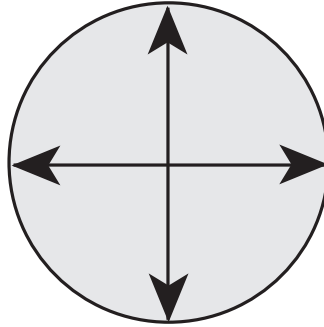
Kliniskt status

- Mortalitet
- Morbiditet

Mortalitet under sjukhusvistelsen

Mortalitet efter sjukhusvistelsen

Tidsåtgång från akut mott till avd



Tillfredsställelse relaterat behov

- Med sättet att ge vården
- Upplevd hälsovinst

VAS (patientens smärtupplevelse)

Patientintervjuer

Kostnader

- Direkta • Indirekta

Vård dagar

DRG

Reumatologkliniken, Falu lasarett

Funktionellt hälsostatus

- Fysiskt • Mentalt • Socialt • Annat

ADL-taxionomin

Timed-get-up-and-go

Handstyrka

Kliniskt status

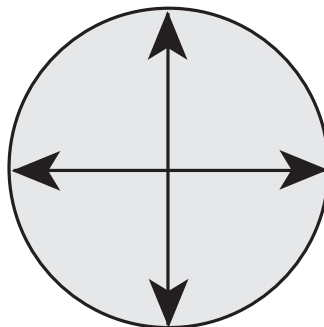
- Mortalitet
- Morbiditet

28-leds-index

VAS-smärta

VAS-global assesment

SR



Tillfredsställelse relaterat behov

- Med sättet att ge vården
- Upplevd hälsovinst

Frågeformulär: Om Du tänker på hur Du mår nu. Vilken nytta har Du haft av vårdperioden? Vad tycker Du om bemötandet under vistelsen på avd 12? 4-gradig skala. Fria kommentarer. Fokusgrupp. Måluppfyllelse 5-gradig skala

Kostnader

- Direkta • Indirekta

Vård dygn • Vårdtyngd

Försök att mäta behov av hemtjänst hö 97

Rehabcentrum, Skellefteå Sjukvård

Funktionellt hälsostatus

- Fysiskt • Mentalt • Socialt • Annat

ADL-trappan Inskrivningsmedian: 6.0 (6.0) Förändrad förmåga: 1.0 (0.5)

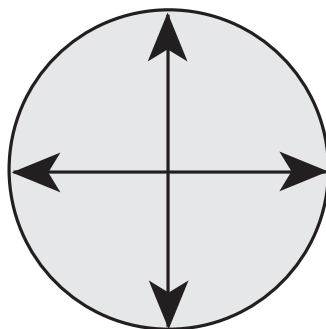
Rivermead mobility index Inskrivningsmedian: 8.0 (8.0) p

Förändrad förmåga: 1.5 (1.5) p

Kliniskt status

- Mortalitet
- Morbiditet

Återinläggning 6 (17) %



Tillfredsställelse relaterat behov

- Med sättet att ge vården
- Upplevd hälsovinst

	Ja	Ej aktuellt
Tillgänglighet	60%	33%

Nöjd

Information 60%

Bemötande 80%

Resultatet 67%

Kostnader

- Direkta • Indirekta

Kostnad/hembesök 895 (935) kr

Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset

Funktionellt hälsostatus

- Fysiskt • Mentalt • Socialt • Annat

Återgång i arbete

Allmänt välbefinnande

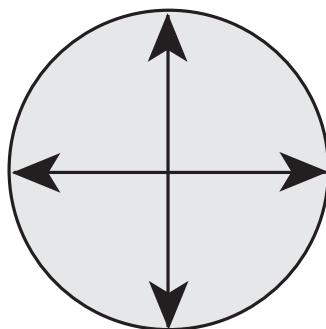
Kliniskt status

- Mortalitet
- Morbiditet

Komplikationer:

Intraop - blödningar

Postop - infektioner (sår, UVI)



Tillfredsställelse relaterat behov

- Med sättet att ge vården
- Upplevd hälsovinst

Frånvaro av alla symptom (nöjd pat)

Bemötande och information

Postopillamående

Kostnader

- Direkta • Indirekta

Vårdtid • Op + anestesi

Sjukskrivning • Återbesök

Plastikkirurg, Södersjukhuset & Karolinska sjukhuset

Funktionellt hälsostatus

- Fysiskt • Mentalt • Socialt • Annat

ADL-bedömning

Kliniskt status

- Mortalitet
- Morbiditet

Komplikationer:

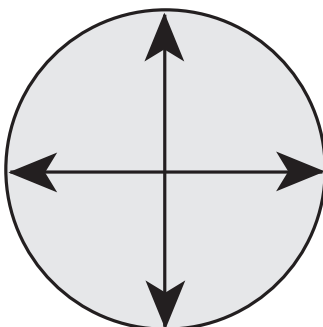
Recidiv

Infektion

Reoperationer

Lambånekros

Sårruptur



Tillfredsställelse relaterat behov

- Med sättet att ge vården
- Upplevd hälsovinst

Information

Operation/sjukhusvistelse

Hembesök

samliv

Lukt

Arbete

Kostnader

- Direkta • Indirekta

Totalkostnad per patient

Geriatrisk Rehab, Samrehab, Ortopedklin, Värnamo

Funktionellt hälsostatus

- Fysiskt • Mentalt • Socialt • Annat

ADL-förmåga

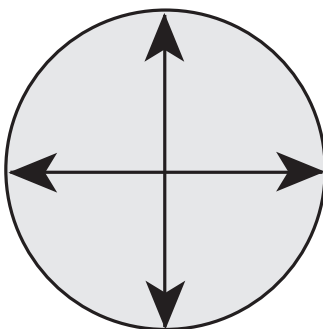
Gångfunktion

Kliniskt status

- Mortalitet
- Morbiditet

Smärta

Förvirring



Tillfredsställelse relaterat behov

- Med sättet att ge vården
- Upplevd hälsovinst

Bemötande

Utskrivning till önskat boende

Kostnader

- Direkta • Indirekta

Medelvärdtidort

Medelvärdtid GRK

E X E M P E L

Flödesschema

Rehabcentrum, Skellefteå Sjukvård

Hemrehabpatienter med stroke

Plastikkirurgen, Södersjukhuset & Karolinska sjukhuset

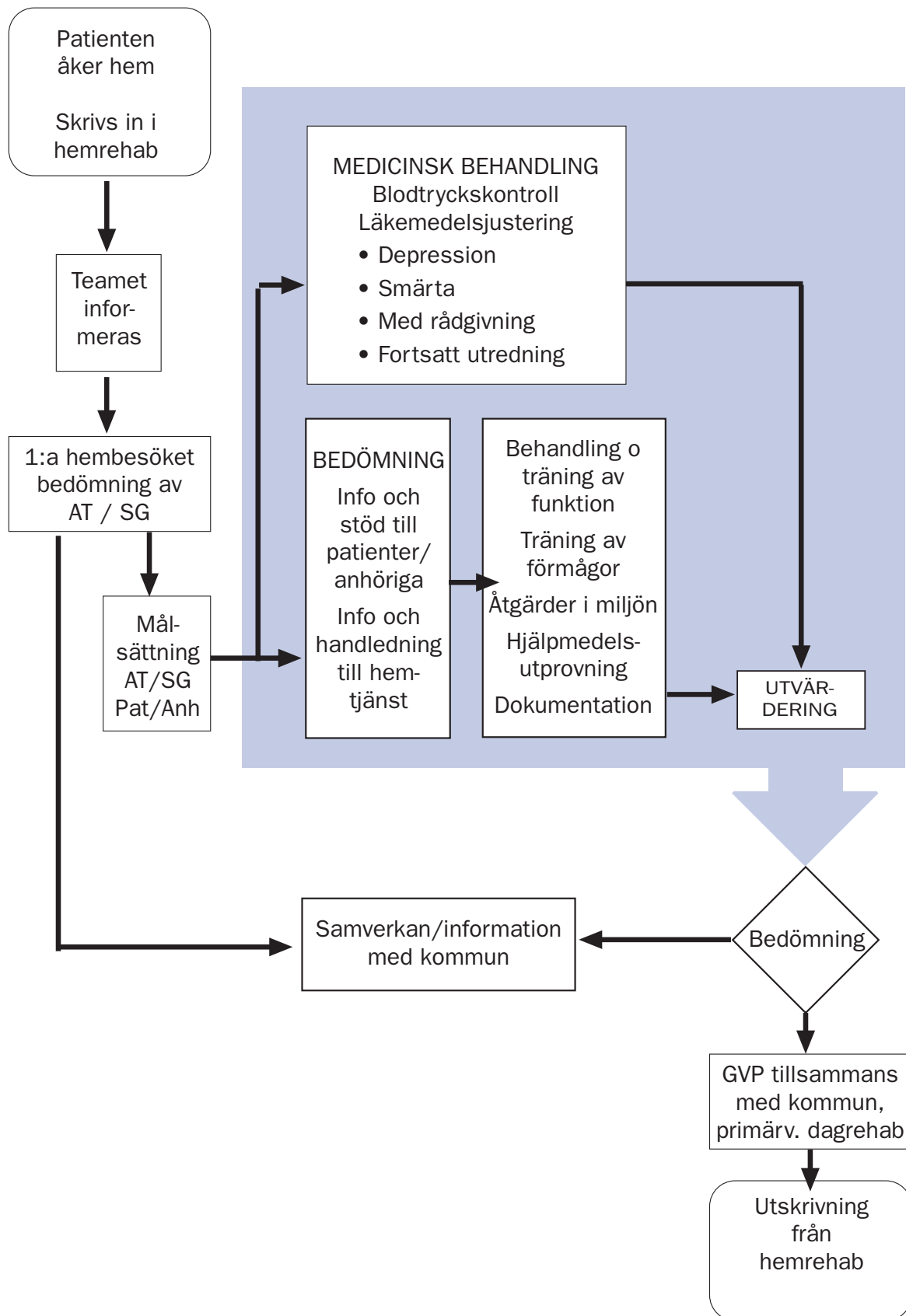
Patienter med trycksår

Geriatrisk Rehab, Samrehab, Ortopedklin, Värnamo

Patienter med höftfrakturer

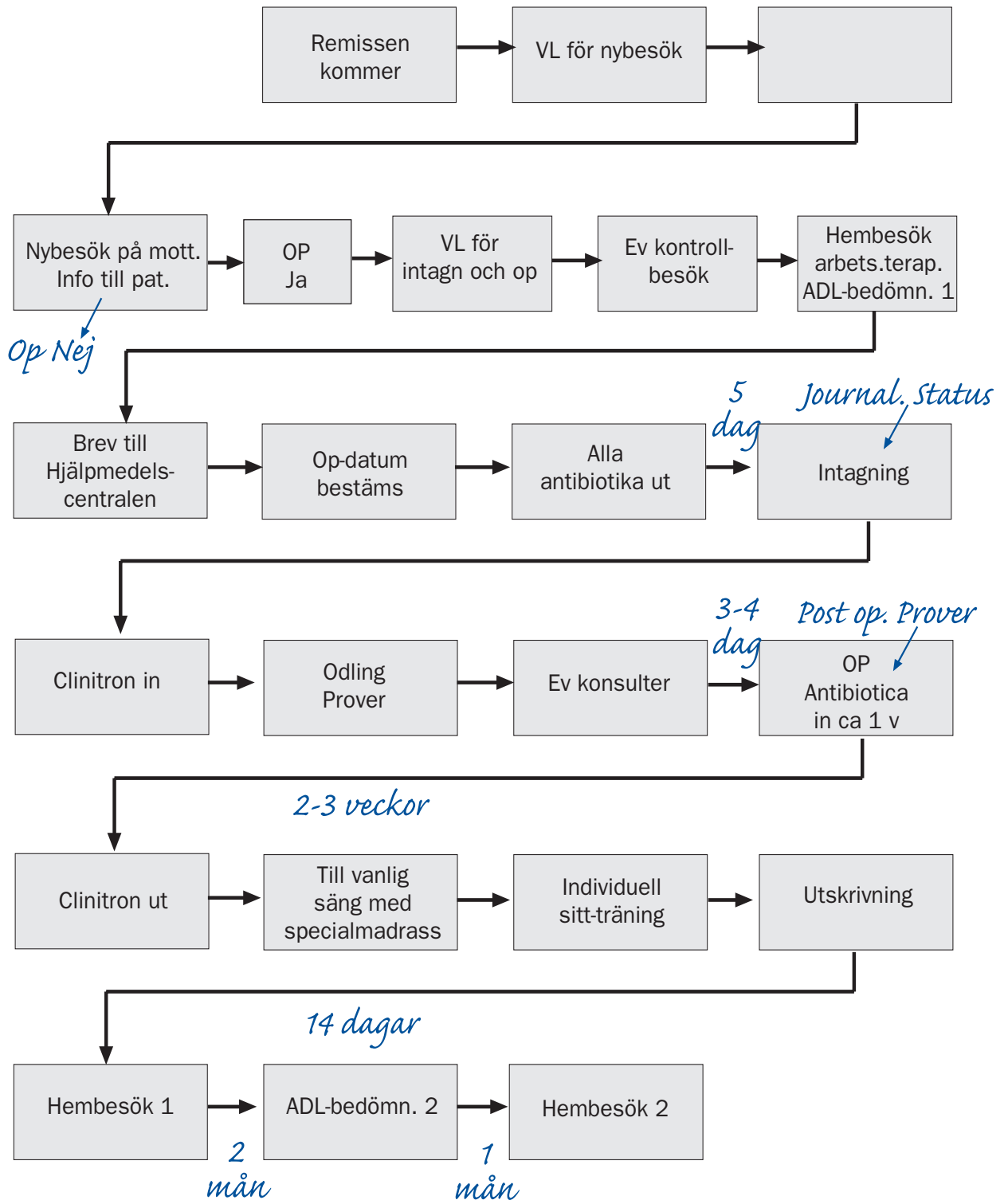
Rehabcentrum, Skellefteå Sjukvård

Hemrehabiliteringsprocessen



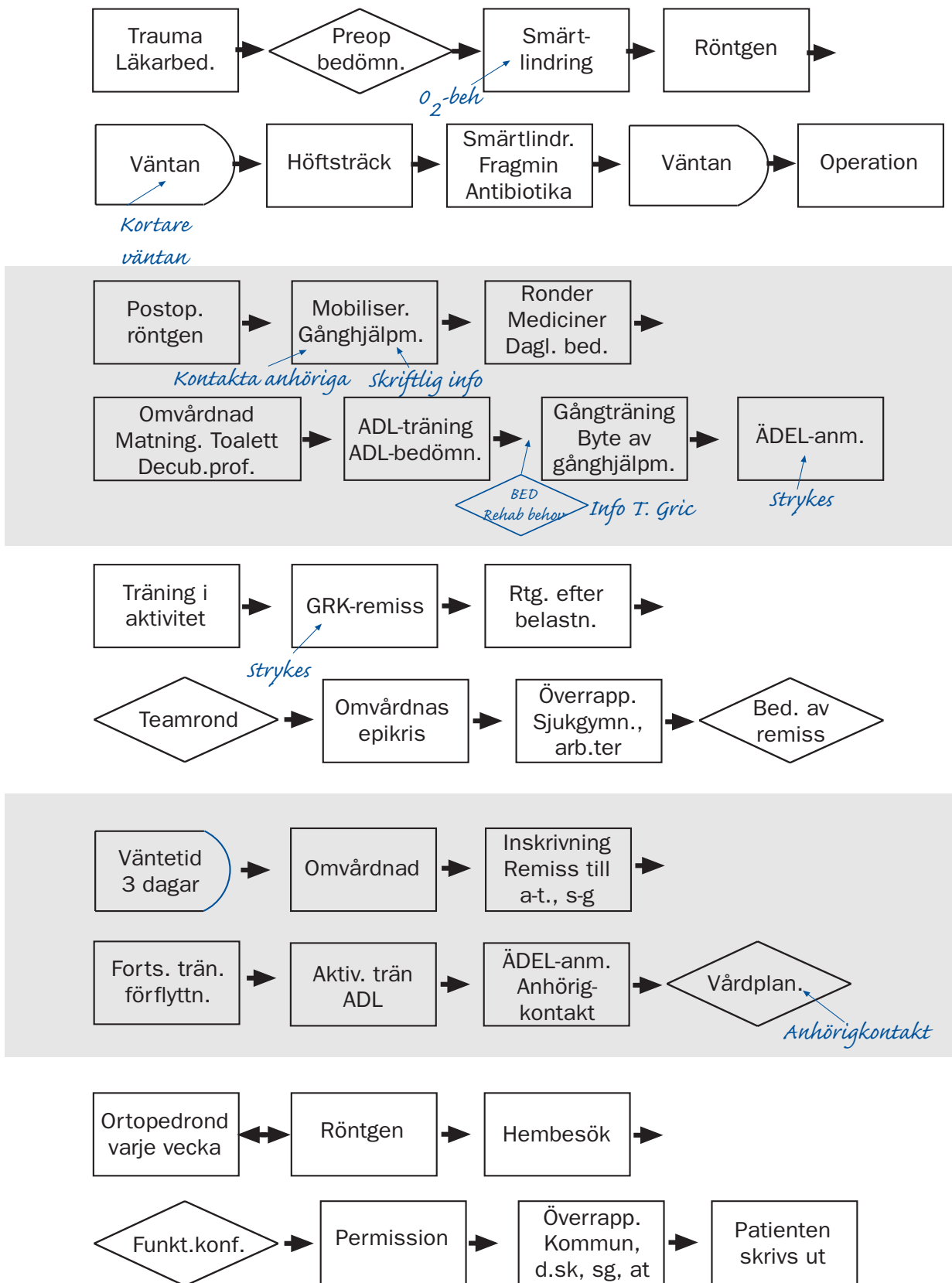
Plastikkirurgen, Södersjukhuset & KS

Flödesschema för trycksårspatienter



Geriatrisk Rehab, Samrehab, Ortopedklin, Värnamo

Höftfrakturpatientens väg från intagning ort.klin till utskrivning GRK



E X E M P E L

*Korta sammanfattningar av erfarenheter
(autentiska berättelser)*

Medicinkliniken, Höglandssjukhuset Eksjö

Patienter med misstänkt hjärtinfarkt

Reumatologkliniken, Falu lasarett

Rehabilitering av reumatologpatienter

Rehabcentrum, Skellefteå Sjukvård

Hemrehabpatienter med stroke

Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset

Hysterectomipatienter

Plastikkirurgen, Södersjukhuset & Karolinska sjukhuset

Patienter med trycksår

Geriatrisk Rehab, Samrehab, Ortopedklin, Värnamo

Patienter med höftfrakturer

Medicinkliniken, Höglandssjukhuset Eksjö

Inledning

Detta är ett kvalitetsprojekt som är utfört av personal som alla arbetar inom akutsjukvården, dels på akutmottagningen och dels på hjärtavdelningen. Gemensamt för alla är också att vi inte har haft någon större erfarenhet av kvalitetsarbete tidigare. Efter ganska kort diskussion bestämde vi oss för att ägna oss åt patienter med bröstsmärtor. Denna patientgrupp utgör en stor del av patienterna (resurserna) på både akutmottagningen och hjärtavdelningen. Arbetsgruppen har bestått av 2 personer från akutmottagningen samt 3 personer från hjärtavdelningen. Sammanslaget är 3 personalkategorier representerade. Vi har haft 6 träffar av 1 timmas duration. Allt arbete kring kvalitetsprojektet är gjort på ordinarie arbetstid.

Vid vår första gemensamma träff gjorde vi en kort genomgång av verktyget (Kompassen). Efter denna genomgång följde vi stegen i Kompassen enligt följande:

1. Definierade populationen: patienter med misstänkt hjärtinfarkt .
2. Definierade huvudsyftet: förbättra akutbehandlingen av hjärtinfarktpatienter
3. Definierade en uppsättning av resultat- och kostnadsmått.
4. Ritade upp processen som den såg ut innan.
5. Lång diskussion om talrika förändringsidéer.
6. Ritade upp processen som den är tänkt att se ut i morgon.
7. Framtagning av arbetsblad för registrering av mätparametrar.
8. Första mätperiod.
9. Informera och utbilda all berörd personal för att genomföra förändringen.
10. Andra mätperioden planeras till september.
11. Jämförelse av resultatet mätperiod 1 och 2.
12. Information till all berörd personal beträffande resultatet samt ta lärdom av metoden.

Vår förändringsidé bygger på följande

1. Med hjälp av enkla visitationsregler reduceras tidsåtgången för ett beslut om patient skall läggas på hjärtavdelningen eller vanligt medicinsk vårdavdelningen.
2. Överföra eller låta hjärtavdelningspersonal slutföra vissa arbetsuppgifter
3. Doktorn skall diktera journal efter att patienten är flyttad till hjärtavdelningen.

Svårigheter

1. Det verkar som om alla vill återgå till gamla rutiner i stressade situationer.
2. Under sommaren har vi många vikarier som ej fått information om förändringen.
3. Svårt att tolka mätningar p g a ofullständigt ifyllda data.

Problemområden

Det hade varit lättare att få större och snabbare genomslag för förändringen ifall några ytterligare personer av personalkategorier hade deltagit i förändringsarbetet. En annan lärdom är också att det är nästan omöjligt att rita upp processen som den är idag. Vi upplevde att så fort vi började diskutera gruppen av hjärtpatienter började man (vi) ändra processen.

Steen Ekdahl, Överläkare

Reumatologkliniken, Falu lasarett

Förändringsidéer och mätningar

Vårt arbete startade med att identifiera en för oss viktig patientgrupp och sedan definierades mål för den vård vi har intentioner att ge till just dessa patienter. Därefter bestämde vi grovt de resultatmått vi ansåg relevanta. Vi kom sedan i vårt arbete, vid flera tillfällen, att gå tillbaka och justera i vår värdekompass.

Vi beskrev vår arbetsprocess – dvs givna vårdinsatser för reumatikerpatienter inlagda för rehabilitering – utifrån ett flödesschema. Det arbetet tydliggjorde många förbättringsmöjligheter. Vi valde initialt ut 2 frågeställningar som vi relativt snabbt skulle kunna åtgärda. Båda förbättringsidéerna syftade till att ingen patient var kvar längre än absolut nödvändigt, dvs påverka vårdtidens längd.

Idé 1

En trolig förbättringspotential fanns i förmågan att kommunicera patienternas mål och måluppfyllelse för vårdperioden.

Vi valde att mäta med enkät dels till patienterna och dels till personalen. Frågorna till patienten var:

1. Du har varit på planeringsträff för att diskutera målen med Din vistelse på avd 12. Hur säker är Du på vilka de behandlingsmålen är?
2. Vi strävar efter att kunna uppfylla Dina mål under vistelsen här. Vet Du hur lång vårdtid till Du behöver här?

Svar med VAS-skala från ”inte alls säker” till ”helt säker”.

Frågor till personalen

1. Vilken är Din yrkesroll på avd 12?
2. Om Du tänker på alla de patienter som ligger inne på reumasidan för rehabilitering just nu som Du ansvarar för. Hur säker är Du på att Du vet deras behandlingsmål?
3. Om Du tänker på de patienter som ligger inne på reumasidan för rehabilitering. Hur säker är Du på att Du vet hur långt Dina rehabpatienter har kommit i sin totala måluppfyllelse? Svar med VAS-skala.
4. Hur ofta tycker Du att Du får använda tid till att leta efter teammedlemmar för att diskutera och få upplysningar om rehab-pat under den senaste veckan? Svar med 4 olika alternativ.

Vi mätte vid 3 tillfällen under 3 veckor. Vi fick därmed ett mått på hur de vi hade ”på känn” förhöll sig i verkligheten. Därefter gjorde vi en rutinändring.

Vi fastlade tid för kort morgonmöte 2 ggr/v med berörd personal. Riktlinjer för ett strukturerat möte bestämdes och dokumenterades.

Ny mätning efter 1 månad visade förbättrad kunskap och vi fortsätter med arbetssättet.

Idé 2

Möjligheten att starta fler behandlingsåtgärder redan på inläggningsdagen hade uppmärksamats. Patientenkät användes där patienten fick ange hur länge man fick vänta innan man träffat respektive teammedlem första gången. Mätningen skedde vid 3 tillfällen under 3

veckor. Ett problem som synliggjordes var att om inskrivningssamtalet med läkaren fördröjdes så fördröjdes övriga teammedlemmars insatser för patienten.

Inskrivningsrutiner förändrades från avdelning till mottagning. Hur snabbt patienten skulle ha träffat alla teammedlemmar angavs i tid efter diskussion om möjlighet att snabba upp handläggningen. Ny mätning ska göras under hösten.

I vår ”stora värdekompass” finns vårdtiden som en mätvariabel. Med många små förändringar av typ som ovan beskrivning bör den mätvariabeln gå att påverka.

Erfarenheter av Kompassmetoden

Vi upplever att metoden ger ett helhetstänkande i kvalitetsutveckling. Den påminner oss hela tiden om patienten i fokus då utgångsläget är att definiera en viktig patientgrupp och därifrån se på vilket resultat man tänker sig uppnå med levererad vård. Kompassen har hjälpt oss att skapa rutiner för kontinuerligt mätande och på så sätt få en mer standardiserad resultatuppföljning. Arbetet har tagit tid i anspråk men givit många ringar på vattnet beträffande verksamhetsutveckling på enheten. Metoden har varit ett konkret ramverktyg och passat bra samman med tidigare erfarenheter från utvecklingsarbete.

Kaisa Pettersén

Rehabcentrum, Skellefteå Sjukvård

Sammanfattning av att tillämpa Kompassen

Under 12 mötestimmar har vi åstadkommit följande:

- vår verksamhet beskriven i flödesschema och processer,
- hittat relevanta mätetal för verksamheten,
- påbörjat mätningar så att vi kan följa förändringar i hemrehabprocessen,
- identifierat angelägna förändringsområden.

Kompassen har hjälpt oss att på kort tid strukturera flöden och relevanta mätetal som avläser förändringar i processen.

Kvinnokliniken, Karolinska Sjukhuset

Vi har valt att arbeta med patientgruppen som ska genomgå hysterektomi på benign indikation. Våra intentioner har varit att förbättra vårdkedjan för denna patientgrupp. Det har visat sig vara en kanske väl omfattande uppgift, men vi har ändå velat hålla fast vid det eftersom vi anser att vi kommer att kunna applicera detta arbete på en hel rad andra vårdkedjor. Vi har gjort en grundlig genomgång av vad som händer med patienten alltifrån att remiss anländer till Kvinnokliniken tills att patienten varit på återbesök efter ingreppet. Detta redovisas i flödesscheman före och efter förändring.

Under arbetets gång har vi överraskande ställts inför en ny situation i och med att Kvinnoklinikens öppenvårdsmottagning splittrats upp på flera lokalisationer. En ny mottagningsenhet har tillskapats i anslutning till de två gynavdelningarna. Detta innebär att förutsättningarna för vårt Kompassarbete naturligtvis har förändrats, men att vi ser detta som en utmaning. Den förändring som den här nya mottagningen innebär är, framför allt, att vi där planerar att skriva in samtliga patienter som skall opereras 2-4 veckor före den planerade operationen. I samband med denna inskrivning skall patienten genomgå den för operation nödvändiga utredningen med bl a kontakt med narkosläkare. Vad vi hoppas vinna med detta är 1. En mer välinformerad patient. 2. Mindre bortkastad tid för patient och personal. 3. Mindre risk för strykningar, dvs att operationen inhiberas i sista stund av en eller annan anledning.

I samband med att Kompassenarbetet påbörjades utformades en patientenkät. Denna enkät delas sedan våren -97 ut till samtliga patienter som skall hysterektomeras på benign indikation. Detta kommer att fortsätta även sedan förändringen med inskrivningsmottagning har införts. (Planeras starta omkring den 1/10 -97.) Denna enkät blir alltså ett sätt att mäta effekten av förändringen. Ytterligare förslag till förbättringar är en checklista inför operation. Denna lista skall checkas av på avdelningen och avsikten med den är att minska tidskrävande förfrågningar mellan avdelning och Operation. Effekten av denna checklista skall naturligtvis också bli föremål för utvärdering. Andra saker som kommer att kunna mätas i samband med den nya inskrivningsmottagningen är lämplig tidsintervall mellan inskrivning och operation.

Vad beträffar erfarenheter från pilottest så förhåller det sig helt enkelt så att vi inte genomfört något pilottest. Mätningar pågår som sagt redan nu, men några jämförelser kan vi inte göra förrän förändringen har trätt i kraft och pågått under en tid.

De erfarenheter vi har av Kompassenarbetet hittills är framför allt hur nyttigt det är att på det här sättet gemensamt fördjupa sig i en vårdkedja. Ibland blir det nästan genant tydligt vilka möjligheter till förbättringar som finns. En fallgrop är väl möjligen att vi greppat för stort, men vi är optimister och tror nog att vi skall ro det hela i land. Vi som arbetat med Kompassenprojektet är:

Barbro Larsson, sektionschef, Gynsektionen

Lisskulla Sylvén, sektionschef, Öppenvårdssektionen

Jörgen Striem, överläkare i kvalitetsutveckling

Carina Rossby, avdelningsföreståndare, avd C14

Mia Ohlsén, sjuksköterska, avd C14

Pia Melander, undersköterska, avd C14

Marie Samuelsson-Ahlgren, sektionsledare, gynekologisk anestesi

Barbro Larsson

Plastikkirurgen, Södersjukhuset & Karolinska sjukhusetS

Syfte med projektet

Syftet med vårt förändringsarbete, i vilket vi ville prova KOMPASSEN, var att förbättra vårdkedjan för patienter med trycksår som måste genomgå kirurgisk behandling. Dessa patienter kommer tillbaka till kliniken med nya trycksår om inte alla delar i vårdkedjan fungerar.

Uppläggnig av arbetet

I arbetsgruppen ingick sju personer:

Två läkare

Tre sjuksköterskor

En arbetsterapeut

Vårdutvecklingschefen

Gruppen träffades sju tillfällen under våren 1997 och arbetade dessemellan i mindre grupper med specifika uppgifter.

Vi började arbetet med att definiera mål och vilka resultat vi ville uppnå. Utifrån dessa resultat definierades mätpunkter i Kompassen. Steg två i arbetet var att kartlägga vårdkedjan från remiss till postoperativ vård i hemmet. Patientgruppen är para eller tetraplegiker och har därför stort behov av insatser i hemmet av t ex personliga assistenter. Efter denna kartläggning lade vi in de olika mätpunkterna.

Förändringsidéer

I samband med kartläggningen kunde vi också direkt se en del förbättringar som behövdes som t ex att arbetsterapeuten måste kontaktas tidigt för att en specialsäng skall finnas hemma den dag patienten skrivs hem. Hembesök efter patientens utskrivning planerades också in vid bestämda tidsintervall. Stårullstol kan beställas till dessa patienter så att de kan avlasta efter bestämt sittschema. Det är också viktigt att de personliga assistenterna informeras om vikten av förebyggande åtgärder.

Svårigheter

Vi har haft manfall i gruppen och i samband med att kliniken samlokaliseras till Karolinska sjukhuset slutade tre av medlemmarna. Det blir svårt att klara det fortsatta arbetet utan dessa nyckelpersoner.

Erfarenheter i övrigt

Vi har upplevt nödvändigheten av att någon i gruppen har fördjupade kunskaper i projektledning och av arbete med processer om arbetet skall gå framåt.

Arbetet med Kompassen har lärt oss att sätta patienten i fokus utan att för den skall glömma de ekonomiska aspekterna. Vi har också lärt oss att sätta upp konkreta mätpunkter inom alla de fyra områden som Kompassen täcker. Det har varit ett oerhört nyttigt arbete och vi hoppas inom snar framtid kunna använda metoden för fler projekt.

Lars Wallenberg

Stina Sellgren

Geriatrisk Rehab, Samrehab, Ortopedklin, Värnamo

Inledning

Vi valde att arbeta med höftfrakturpatienter, en patientgrupp som behandlas på Ortopedkliniken, Geriatriska rehabiliteringskliniken och Samrehab (arbetsterapi och sjukgymnastik). Vår grupp har bestått av nio personer, läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeut.

Efter att ha gjort flödet gick vi tillbaka till Värdekompassen och fastställde vilka parametrar vi skulle mäta. Därefter planerades mätningen och genomfördes på patienter som vårdats under senaste halvåret. Parallellt med mätningen började vi arbeta med förbättringsidéer. Vi kommer att göra en ny mätning när vi genomfört våra förbättringsidéer under hösten 1997.

Förändringsidéer

När vi gick igenom vårt flöde fann vi 15 förbättringsmöjligheter. Några av dem är: ändrad preoperativ behandling med syrgas och förbättrad smärtlindring redan på akuten. Tidigare bedömning på ortopedien om fortsatt rehabilitering är aktuellt. Ändrade remissrutiner till arbetsterapeut och sjukgymnast. Mätning av patientens smärta med VAS-skala.

Dessa förändringar och mätning av dem pågår. Vi har utsett ansvariga för var och en av förändringarna, som vi följer upp direkt efter sommaren. Mätningarna har visat att en del av problemen inte hade så stor omfattning som vi trott, medan andra fortfarande är mycket angelägna att genomföra.

Erfarenheter av Kompassenmetoden

Vi lärde oss mycket när vi gjorde ett gemensamt flöde, förståelsen för andra yrkesgrupper och andra kliniker ökar. Patientens centrala roll blir mycket tydlig och det blir bättre struktur på och kontinuitet i vårdkedjan.

Värdekompassens fyra parametrar hjälpte oss att fokusera på resultat ur flera synvinklar. En svårighet är avvägningen mellan att mäta värdekompassens parametrar och att komma igång med de små förändringstesterna. De små förändringarna ger kanske inte var och en utslag vid mätningar utan först när man ändrat flera saker märks det tydligt i värdekompassen. Man bör tänka på att snabbt komma igång med små tester av sina idéer: utse ansvarig – kör igång – följ upp. Samtidigt är vi nöjda med att vi tagit tid att mäta hela vår värdekompass, så att vi kan jämföra med ett utgångsvärde när vi genomfört våra förbättringsidéer.

Förbättringsarbete

MED HJÄLP AV VÄRDEKOMPASS OCH ORIENTERINGSBLAD

Arbetsmaterial

Landstingsförbundet är en intressebransch och arbetsgivarorganisation för landstingen. En del av förbundet utgörs av *Enheten för hälso- och sjukvårdens utveckling*, vars uppgift är att stötta, underlätta och påskynda förändringsarbete och verksamhetsutveckling i hälso- och sjukvården.

Initiativet att utveckla och tillhandahålla en serie kunskapspublikationer runt aktuella utvecklingsområden är ett led i detta arbete.

Besök oss på: www.lf.se/qulissen

Landstingsförbundet
Hornsgatan 20, Box 70491, 107 26 Stockholm
Tel 08-702 43 00

Förbundets trycksaker beställs på
tel 08-702 43 36 eller fax 08-702 45 90

Best nr 1728 • ISBN 91-7188-401-4