

PROJEKTRAPPORT GENOMBROTTSPROGRAM VI

TEAM NR: 99 Hudiksvall

Deltagande avdelning och teamdeltagare

Avd 10A Allmänpsykiatrisk avdelning

Åsa Mattsson, skötare

Joakim Pade/ Jari Ahonen, skötare

Tina Kron, vårdsamordnare

Avd 10B Psykosenhet

Kentove Frenell, skötare

Ulla Ulfeldt, vårdsamordnare

Sammanfattning

I Genombrottsprogram VI har personal från Allmänpsykiatriska avdelningen (avd 10A) och Psykosavdelningen (avd 10B) i Hudiksvall deltagit och bildat ett gemensamt team för förbättringsarbete. Avdelning 10A har 18 vårdplatser och avdelning 10B 12 vårdplatser. Då vi inte har någon akutenhet har båda avdelningarna 24 timmars intag. Teamet deltog även i Genombrottsprogram III. Då genomfördes ett arbete för att förbättra vården och förebygga tvångsåtgärder för tvångsvårdade patienter genom införandet av en checklista för riskbedömning för förebyggande av tvångsåtgärd, erbjudande om uppföljande samtal med patienten efter utförd tvångsåtgärd, samt insatser för ökade kunskaper om tvångsvård hos personalen.

I Genombrottsprogram VI har fokus varit ökad delaktighet i vården för patienter och närstående genom att 100% av nyinskrivna patienter skulle erhålla en upprättad vårdplan inom 48 timmar efter inskrivning och genom att 100% av patienterna skulle erbjudas familje- och nätverksamtal, samt att 50% av dessa skulle genomföras. Det har också funnits en ambition om stöd till ökade hälsobeteenden hos patienterna genom att de skulle erbjudas möjlighet till strukturerad fysisk aktivitet. Tanken med dessa insatser var att förbättringar på en primärpreventiv nivå för alla patienter, oavsett vårdform, skulle kunna bidra till bättre vård och mindre tvång på avdelningarna,

parallellt med det fortsatta förbättringsarbetet efter det arbete som genomfördes i Genombrottsprogram III.

Antalet upprättade vårdplaner har markant ökat under projekttiden, även om målet inte är uppfyllt ännu. Antalet erbjudna familj- och nätverkssamtal uppnådde långt ifrån målet och har endast lämnats till ett mindre antal patienter. Aktiviteten fick en ordentlig start för att därefter drastiskt minska istället för att stadigt öka. Möjliga anledningar till detta kommer nu att analyseras närmare för att försöka skapa bättre förutsättningar så att aktiviteten erbjudande av familj- och nätverkssamtal ska kunna implementeras bättre.

Ambitionen om stöd till ökade hälsobeteenden hos patienterna innehöll målet att erbjuda strukturerade aktiviteter för fysisk aktivitet och kostinformation till våra patienter för en hälsosammare livsföring. Detta blev av olika anledningar inte av under projekttiden. Förutsättningar för fysisk aktivitet skapades, men genomfördes inte och den tänkta förbättringen har därmed inte testats.

Teamet har under projekttiden haft svårigheter att hålla ihop arbetet, vilket parallellt med en förmodligen alltför hög ambitionsnivå inledningsvis bidragit till att de uppsatta målen inte uppfyllts. Det har dock samtidigt varit lärorikt för teamet att till skillnad från de framgångar som uppnåddes i förra omgången denna gång stöta på flera svårigheter. Teamet planerar att fortsätta sitt arbete och att använda erfarenheterna från denna omgång av Genombrottsprojektet som ett lärande inför upplägget av det fortsatta förbättringsarbetet.

Bakgrund/problembeskrivning

Team 99 består av personal från Allmänpsykiatriska avdelningen och Psykosavdelningen i Hudiksvall. Teamet deltog även i Genombrottsprogram III och genomförde ett arbete för att förbättra vården för tvångsvårdade patienter. Teamets mål var då att minska och förebygga tvångsåtgärder, samt att öka patientens förståelse för att tvångsåtgärd utförts. Ytterligare ett mål var att höja kompetensen hos personalen gällande vård enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård). För att förebygga tvångsåtgärder infördes riskbedömningar enligt BVC (Bröset Violent Checklist, riskbedömning som förebyggande åtgärd för tvångsåtgärd), som nu är en väl inarbetad rutin på avdelningarna. För att öka patientens förståelse för att tvångsåtgärd utförts infördes erbjudande till alla patienter som varit med om en tvångsåtgärd (bältesläggning tvångsmedicinering, avskiljning, inskränkning av elektronisk kommunikation) ett strukturerat uppföljande samtal när patientens mående stabiliserats. Samtalet utförs av personal som deltog i tvångsåtgärden. För att höja kompetensen hos personalen gällande vård enligt LPT genomfördes tre utbildningstillfällen. Sedan dess har dessutom en tydligare rutin för årlig repetition av kunskaper om LPT införts på samtliga psykiatriska heldygnsavdelningar i länet.

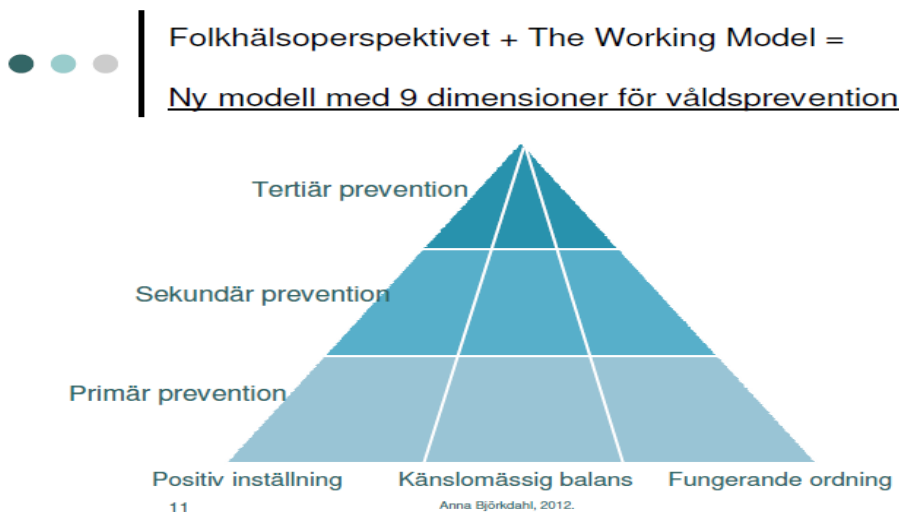
I Genombrottsprogram VI har fokus varit ökad delaktighet i vården för patienter och närstående. Det har också funnits en ambition om stöd till ökade hälsobeteenden hos patienterna. På vår klinik har arbete pågått en längre tid för att omarbeta befintliga vårdplaner i förbättringssyfte. Arbetet har dragit ut på tiden, vilket lett till osäkerhet hos omvårdnadspersonal i upprättandet av vårdplaner. Detta har resulterat i att i princip inga vårdplaner har upprättats skriftligt. Majoriteten av vår personal har utbildats i familje- och nätverksarbete. Familj- och nätverkssamtal har hållits, men avdelningarna har inte erbjudit dessa samtal till alla patienter som rutin. Patienter med psykisk ohälsa löper stor risk för fysisk ohälsa i form av t ex övervikt, högt blodtryck och diabetes (metabolt syndrom). Anledningarna till detta kan vara flera så som t ex negativa symtom,

kognitiva brister och biverkningar av läkemedel.

Syfte

Syftet har varit att öka våra patienters och närståendes delaktighet i vården, oavsett vårdform, samt att motivera patienten till en mer hälsosam livsföring.

Anna Björkdahl presenterade i sin föreläsning under det första lärandeseminarier i Genombrottsprogram VI en modell som hon beskrivit i sin avhandling och som består av 9 dimensioner för våldsprevention på psykiatrisk vårdavdelning. Modellen bygger på en kombination av WHO's modell för våldsprevention och Bowers "Working model". WHO's modell för våldsprevention är indelad i nivåerna primär, sekundär och tertiär. Bower sammanfattar i sin "Working model" personalfaktorer för våldsprevention i huvudkategorierna positiv inställning, känslomässig balans och fungerande ordning. Med denna modell som utgångspunkt för det våldspreventiva arbetet och de förbättringar av vården som teamet genomförde i tidigare Genombrottsprogram III låg fokus på arbete med våldsprevention och bättre vård på alla nivåer, primär, sekundär och tertiär nivå. BVC skattning utgör en förebyggande insats genom riskbedömning på primärpreventiv nivå. Uppföljande samtal med patienten efter tvångsåtgärd utgör en insats på tertiär nivå och för att arbeta med en positiv inställning hos personalen för att lära och förstå patienten. Insatser för ökad kompetens om tvångsvård och fungerande rutin för BVC-skattning utgör preventiva insatser på alla nivåerna för fungerande ordning och känslomässig balans.



Under Genombrottsprogram VI har teamet arbetat vidare med insatser på den primärpreventiva nivån, den så kallade "vardagslunken". Arbetet har handlat om fungerande ordning genom att följa rutin för vårdplanering. Vidare har arbetet innefattat positiv inställning genom att arbeta för att se hela patientens mående och hälsa, inklusive patientens närstående och nätverk.

Vi har arbetat för att stärka patientens autonomi genom att göra honom/henne delaktig i sin vårdplan så långt det är möjligt. Tanken har varit att detta ska leda till att patientens självbestämmande ökar under vårdtiden och resulterar i bättre vård och minskade tvångsåtgärder. Att även bjuda in närstående att medverka i vårdplanering är ett sätt att öka närståendes delaktighet.

Ytterligare insats för att öka närståendes delaktighet i patientens vård har varit att erbjuda alla

patienter ett familj- och nätverkssamtal där patienten bjuder in de som för honom/henne är närstående. Mötet är ett informationsutbyte mellan närstående och patient gällande patientens och närståendes upplevelse av patientens mående, och hur det sett ut innan patienten skrevs in på avdelningen. Personalen lyssnar och reflekterar i slutet av mötet. I förhållande till Björkdahls modell har tanken varit att detta bidrar till både fungerande ordning och positiv inställning (vilja och intresse för att vårda, försöka förstå och visa omtanke). Personalen på avdelningarna har i omgångar utbildats i metoden och med tanke på att kunskapen därmed finns har det snarare handlat om att komma igång med erbjudandena på bred front, snarare än att först testa metoden, eftersom det är ett arbetssätt vi valt att använda och utbildat oss i. Det svåra har dock varit att motivera patienterna till att tacka ja till erbjudandet, varför vår ambition varit att försöka motivera åtminstone hälften till att anta erbjudandet när vi tycker oss se värdet av ett genomfört samtal för patienten.

Insatser i form av motion för god hälsa kan i Björkdahls modell för våldsprevention kopplas till vardagslunken och positiv inställning hos personalen på primär nivå. Personalens intresse och insatser för patientens liv och hälsa, att se till helheten hos patienten och inte bara fokusera på det psykiska måendet kan utgöra förebyggande insatser.

Hypotesen har varit att dessa insatser förhoppningsvis förbättrar vården och patientens upplevelse av vården, samt bidrar till mindre tvång.

Våra mål och mätningar

Mål 1:

Mätbart mål:	100% av patienterna skall ha en upprättad vårdplan inom 48 timmar, vårdplanen upprättas tillsammans med patienten utifrån patientens förmåga. Målet ska vara uppnått september 2012.
Mätning:	Mäta antalet upprättade vårdplaner på utskrivna patienter en gång per månad genom journalgranskning.

Mål 2:

Mätbart mål:	100% av patienterna skall erbjudas ett familj- och nätverkssamtal. Målet är att 50% av familj- och nätverkssamtalen ska ha genomförts. Målet ska vara uppnått september 2012.
Mätning:	Genom journalgranskning en gång per månad mäta antalet erbjudna familje- och nätverksamtal på alla utskrivna patienter, samt hur många familje- och nätverksamtal som hållits.

Mål 3:

Mätbart mål:	För att motivera patienten till hälsosammare livsföring arrangeras strukturerade aktiviteter riktade mot bland annat fysisk aktivitet och kost att två gånger per vecka.
Mätning:	Mäta att strukturerad aktivitet genomförts två gånger per vecka genom avdelningsagenda. Patientenkät delas ut vid utskrivning gällande deltagande och upplevelse av aktiviteten.

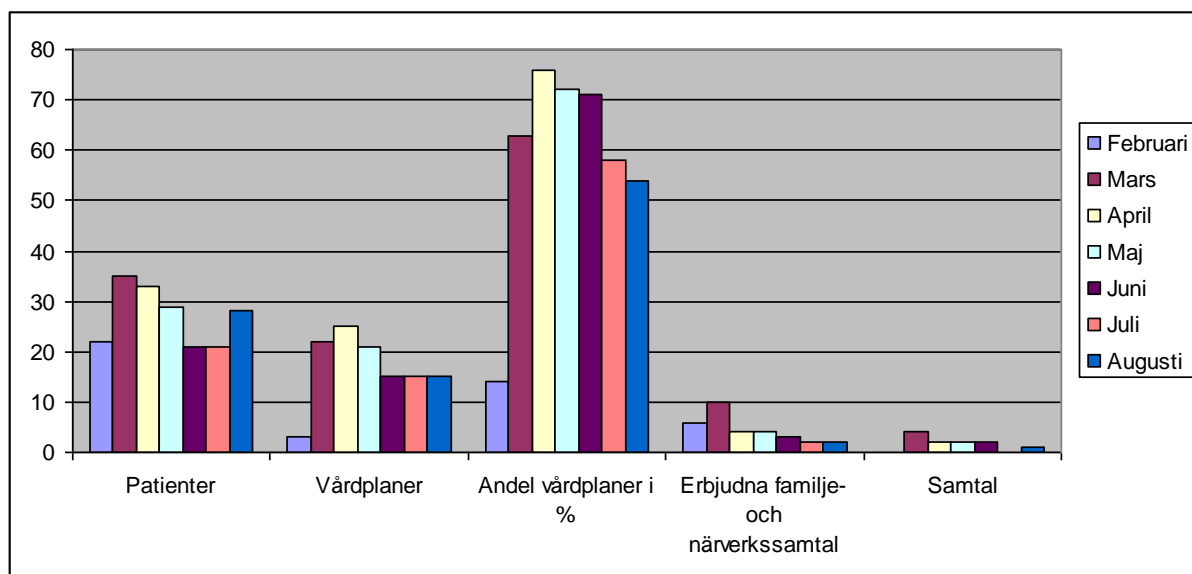
Våra resultat

Avseende målet att 100% av patienterna skall ha en upprättad vårdplan inom 48 timmar ökade andelen upprättade vårdplaner under våren från 14% i februari till toppnoteringen 76% i april. Därefter sjönk antalet upprättade vårdplaner och en klar försämring kan konstateras under semesterperioden i juli (58%) och fram till sista veckan i augusti (54%).

Det blev en positiv start i erbjudandet av familj- och nätverkssamtal under mars, men därefter hände något. Antalet erbjudna samtal sjönk drastiskt under våren och har fortsatt att sjunka under sommaren. Antalet genomförda samtal har dock (undantaget februari) nästan uppfyllt målet om 50%, även om det förstås varit konstant lågt antal utifrån det låga antalet erbjudna samtal. Anledning till uteblivna erbjudanden om samtal kommer efter sommaren och semesterperiodernas slut att bli föremål för en noggrannare analys.

Målet att erbjuda strukturerade aktiviteter för fysisk aktivitet och kostinformation till våra patienter för en hälsosammare livsföring föll helt under projektiden, varför ingen redovisning i diagram kan göras. Förutsättningarna skapades för att kunna erbjuda strukturerad fysisk aktivitet, men av olika anledningar genomfördes aldrig aktiviteterna.

	Patienter	Vårdplaner	Andel vårdplaner i %	Erbjudna familje- och nätverkssamtal	Samtal
Februari	22	3	14	6	0
Mars	35	22	63	10	4
April	33	25	76	4	2
Maj	29	21	72	4	2
Juni	21	15	71	3	2
Juli	21	15	58	2	0
Augusti	28	15	54	2	1



Redovisning av tvångsåtgärder under projekttiden

De tvångsåtgärder som utförts under projekttiden verkar inte, räknat i antal, ha påverkats i någon riktning av det förbättringsarbete som utförts.

Tvångsåtgärder under projekttiden.

	Bälte	Tvångsinj.	Avskiljning	Inskränkning av elektr.utr.
Januari	3	4	0	0
Februari	1	4	0	0
Mars	2	3	0	0
April	2	7	0	0
Maj	4	7	0	0
Juni	0	4	0	0
Juli	1	4	0	0
Augusti	3	5	0	0

Våra genomförda tester/förändringar

Inledningsvis gick vi med personalen igenom syftet med målen för projektet och de möjligheter och förbättringar vi såg med att upprätta en skriftlig vårdplan för varje patient, att erbjuda familj- och nätverkssamtal, samt att erbjuda strukturerade fysiska aktiviteter.

För att hjälpa omvårdnadspersonalen att komma igång med upprättandet av vårdplaner för nyinskrivna patienter inom 48 timmar har vårdledaren på den ena avdelningen dagligen under två månader kontrollerat om nyinskrivna patienter fått en upprättad vårdplan inom angivet tidsperspektiv. Om det inte fanns en vårdplan fick inskrivande sjuksköterska ett mail med förfrågan om anledning till att en vårdplan ännu inte upprättats, samt en påminnelse om att vårdplan skyndsamt skulle upprättas. Om en vårdplan däremot var upprättad inom angivet tidsperspektiv fick den som skrivit vårdplanen ett mail med positiv feedback. För att hjälpa omvårdnadspersonalen att komma ihåg att erbjuda familj- och nätverkssamtal till nyinskrivna patienter har detta när det varit aktuellt lyfts på den dagliga rondan. I teamträffar som hålls en gång i veckan har det också funnits fokus på både upprättandet och användandet av vårdplaner, samt möjligheter med familj- och nätverkssamtal så att dessa också erbjuds. På den andra avdelningen använde man sig av eftermiddagsrapporterna under en period för att informera och påminna om upprättandet av vårdplaner och erbjudandet av familj- och nätverkssamtal.

För att starta strukturerade fysiska aktiviteter genomfördes förberedelser för test i liten skala med enkäter där patienterna skulle kunna skatta mående före och efter aktivitet. Tider i gymlokal och simbassäng bokades. Planeringen var att testa upplägget två gånger i veckan inledningsvis för att sedan utvärdera. Detta rann dock ut i sanden av olika anledningar och genomförandet av aktiviteterna uteblev.

Våra genomförda aktiviteter

Utöver vad som beskrivits ovan har även följande aktiviteter genomförts:

Under april genomfördes ett möte med intresseföreningar för att informera om Genombrottsprojektet och valt fokus, samt för dialog och inhämtande av synpunkter och

idéer kring de valda aktiviteterna.

En stående tid på gym en timme i veckan bokades för de aktiviteter som planerades. Upprepade försök till kontakt med ansvarig för en närliggande simbassäng genomfördes under våren, men misslyckades.

Teamträffarna som hölls på Psykosavdelningen en gång per vecka användes även till fokus på vårdplaner och familj- och nätverksmöten/aktiviteter. På den Allmänpsykiatriska avdelningen har rapporttillfällen använts för implementering och ansvarsfördelning.

Enhetschefen på Psykosavdelningen återinsatte omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) och kontaktperson (KP). Teamen kvarstår, men varje patient får dessutom OAS och KP utsedd vid inskrivning. OAS ansvarar för att vårdplan upprättas.

All personal har fått information om vårdplaner så som vad en vårdplan ska innehålla och tips för hur man kan skriva en vårdplan, både muntligt och skriftligt inklusive verksamhetens rutin.

Vid arbetsplatsträffar har det funnits en stående punkt på agendan för information och diskussion om aktuellt förbättringsarbetet i Genombrottsprojektet.

Vi har under projektet använt oss av ”ambassadörer” i personalen för projektet på varje avdelning. Våra ambassadörer har fått information kontinuerligt om pågående implementeringar och har stöttat oss i att både informera och engagera övrig personal i arbetet. En av ambassadörerna gick under projektiden på barnledighet och har under sommaren inte hunnit ersättas, varför möjligheten med ambassadörer tyvärr inte har kunnat användas fullt ut.

Så här har vi involverat våra patienter och närstående i förbättringsarbetet

Vi har försökt att hitta forum i form av samverkansmöten med intresseföreningar gällande förbättringsarbetet. Ett möte hölls i april där vi presenterade projektet och vad vi valt att arbeta med. En svårighet vid detta möte var att flera mötesdeltagare hade behov att få prata om sina personliga upplevelser av vad som inte fungerat i vården. Detta gjorde det svårt att få tiden att räcka till för att presentera förbättringsarbetet och använda möjligheten att inhämta synpunkter. Det har varit svårt att få till fler möten, men vi planerar att träffas igen under hösten.

Genom att tidigt upprätta en vårdplan tillsammans med patienten involveras patienten i sin vård och uppmuntras att medverka med förslag och synpunkter. Vårdplanen är aktuell under hela vårdtiden och utvärderas kontinuerligt tillsammans med patienten. Efterhand som patientens mående förbättras brukar patientens deltagande i vårdplanen öka och det blir ett tillfälle att, förutom möjligheten att inhämta synpunkter och idéer för vården i den individuella planeringen, även inhämta synpunkter och idéer för förbättringar av avdelningen och vården på avdelningen. Eftersom det ingår i rutinen för vårdplaner att eftersträva närståendemedverkan så långt som möjligt, samt där patienten inte nekar detta, blir det på samma sätt en möjlighet att från närstående inhämta idéer och synpunkter på vården, både i det enskilda fallet och för avdelningen.

Så här går vi vidare

Upprättandet av vårdplaner har markant ökat under projekttiden och utgör nu en mer inarbetad rutin på avdelningarna. I det vidare arbetet ingår att ytterligare engagera medarbetare, patienter och närstående i arbetet med tydliga vårdplaneringar för att göra vårdplanen till ett användbart och hjälpsamt verktyg i vården.

Vi fortsätter arbetet med att implementera erbjudande av familj- och nätverksamtal. I det arbetet ingår även att genomföra en utvärdering av insatsen för att undersöka patienters och närståendes syn på insatsen och förbättringsförslag.

I höst startar ett hälsoprojekt som drivs inom Landstinget Gävleborg på avdelningarna och där kommer vi att arbeta vidare med fysisk aktivitet enligt vår tidigare planering.

Diskussion

Det här är vår andra omgång i projektet och vi såg att deltagandet i detta projekt var en möjlighet att fortsätta förbättringsarbetet på avdelningarna. Vi tyckte att vi hade upparbetat ramar för att förändra utifrån genombrottsmodellen, teamet var väl sammansvetsat och vi visste våra styrkor och svagheter. Det blev dock inte riktigt som vi hade tänkt. Det blev mycket svårare att hålla gnistan uppe. Alla kom inte till de teamträffar som vi hade bokat (hög arbetsbelastning, semestrar etc), vilket resulterade i att vi inte kommunicerade tydligt med varandra. Följden blev att vi inte visste i teamet riktigt vad alla gjorde eller vad som inte fungerade.

Vi nådde inte målet för antalet upprättade vårdplaner, men vi kom långt och en klar förbättring har skett. Målet är nu att fortsätta arbetet med att öka antalet vårdplaner till 100% under hösten och att därefter arbeta för att hålla den nivån. För att lyckas med målet kommer det att krävas fortsatt arbete med att få personalen att förstå syftet med vårdplanen och att det är ett både viktigt och användbart verktyg i omvårdnadsarbetet.

Vi är långt ifrån målet att 100% av patienterna ska erbjudas familj- och nätverkssamtal, dock uppfylldes efter februari målet att 50% av de erbjudna samtalen också skulle genomföras, även om det förstås blev få och långt ifrån vad som var tänkt. Syftet med att erbjuda familj- och nätverksamtal var att öka närståendes delaktighet i vården. Det blev en positiv start under mars med en tydlig ökning av antalet erbjudna samtal, men sedan föll det. Det vidare arbetet består nu i att undersöka vad som kan ha bidragit till att det inte blev fler erbjudanden om samtal. En hypotes är att det är svårt att arbeta med att driva igenom flera förändringar parallellt, samt att målet var för högt satt. Vi hade kunnat fokusera mer på test i liten skala för att visa möjligheterna med aktiviteten först för att därigenom öka intresset och motivationen för aktiviteten hos personalen. Målet är ännu att öka antalet erbjudna och genomförda familj- och nätverkssamtal då vi tror att aktiviteten kan medföra förbättringar för patienter och närstående avseende både delaktighet och förbättringar i vården, såväl som avseende information och kommunikation i nätverket kring patienten.

Arbetet med införandet av fysiska aktiviteter blev inte genomfört. Vi hade svårigheter att hitta tider som fungerade för den personal som skulle ansvara för testerna och eftersom teamträffarna inte fungerade brast vi i kommunikationen. Även detta blir nu föremål för en mer noggrann analys för att vi framledes ska kunna lyckas bättre med det förbättringsarbete

vi vill genomföra.

I det stora hela tror vi att patienternas delaktighet i vården har ökat genom upprättandet av skriftliga vårdplaner som kontinuerligt utvärderas. Vår tanke är att delaktighet i vårdplanen stärker patientens autonomi och gör honom/henne delaktig så långt det är möjligt, samt leder till att patientens självbestämmande ökar under vårdtiden och resulterar i mindre tvång och bättre vård. Det skulle dock behöva genomföras en utvärdering där patienterna tillfrågas om huruvida vår uppfattning stämmer för att vi ska kunna vara säkra på att delaktigheten verkligen har ökat.

Om vi tittar på patienters och närståendes delaktighet i förbättringar av vården i stort så är det vår uppfattning att det har förbättrats avsevärt under Genombrottsprojektens tid, från individnivå till verksamhetsnivå. Alla förbättringar avseende patient- och närståendemedverkan är förstås inte ett direkt resultat av medverkan i Genombrottsprogrammet, men deltagandet i programmet har ökat fokus på medverkan. Det fanns sedan tidigare ett pågående förbättringsarbete för ökad patient- och närståendemedverkan i förbättringsarbetet, som stimulerats ytterligare med hjälp av alla goda idéer och exempel som vi inhämtat från de team och attitydambassadörer vi mött i projektet. Även här kvarstår dock en undersökning av huruvida det verkligen förhåller sig som vi tror för att kunna veta säkert om det är även patienternas och närståendes uppfattning att medverkan i förbättringar av vården har förbättrats.

Mötet med intresseföreningarna i april utföll inte som vi hade planerat. Vi hade tagit kontakt i god tid och berättat om projektet vi skulle delta i och att vi önskade ett möte för att diskutera förbättringsarbetet, samt presentera förslag som vi ville ha synpunkter på. I mötet framkom dock att flera av mötesdeltagarna snarare såg ett annat förbättringsarbete som viktigare just nu. De synpunkter som lyftes handlade mer om andra saker så som läkartillgång och åsikter om läkares bedömning. Inför kommande möten behöver vi fundera över hur vi kan göra för att föra fram vårt budskap samtidigt som mötesdeltagarna också får göra sin röst hörd. Kanske behövs flera möten med tydligare mötesagendor så att det blir tydligare för deltagarna att det kommer finnas möjlighet att framföra sina åsikter i alla frågor som lyfts till mötet.

Hypotesen i valet av mål denna omgång var att förbättrade insatser i vården även skulle kunna bidra till mindre tvångsåtgärder på primärpreventiv nivå. Så är nu inte fallet. Antalet tvångsåtgärder tycks ligga på ungefär samma nivå utslaget över en längre tid. Samtidigt är det svårt med tanke på det låga antal tvångsåtgärder i förhållande till den ändå relativt korta projekttiden att dra några slutsatser som kan betraktas som säkra. Med tanke på antalet patienter som vårdas på våra avdelningar är det förhållandevis få tvångsåtgärder, men arbetet med att förbättra vården och att förebygga tvångsåtgärder fortsätter.

Att våra avdelningar deltagit i två omgångar av genombrottsprojektet har gjort att vi fått en ny syn på utveckling och förbättringsarbete. Genom att delta i ett nationellt projekt har vi fått ett vidare perspektiv. Vi har lyssnat till kollegor från hela Sverige och genom dem lärt oss nya saker och fått tips om hur man kan göra. Det har inneburit många ”aha-upplevelser” under genombrottsresan. Projektet har också hjälpt oss att se att det är möjligt att förbättra, förändra och utveckla även med små medel. Vi har blivit mer medvetna om och säkra på att vår vård håller en god kvalitet, men att vi förstås också både kan och ska arbeta vidare med att förbättra och utveckla vården hos oss. Till vår hjälp i det arbete har vi nu med oss en konkret modell i form av en så kallad PDSA-cykel (Plan-Do-Study-Act) som hjälper oss att strukturera, testa och utvärdera i liten skala för att göra förändring

möjligt. Det känns som att detta egentligen bara är början!

Detta har vi lärt oss

I förra projektrapporten lyfte vi lärdomar om mod att testa, vikten av utvärdering och att förändring är möjlig trots svårigheter. Denna gång har vi lärt oss att man inte kan ta något för givet och att framgången i förra projektet inte kunde appliceras på detta arbete då det var nya förbättringsområden vi skulle arbeta med här och andra förutsättningar att hantera.

Vi har också lärt oss att förändring tar tid och att man inte ska arbeta med för många saker samtidigt. Test i liten skala är en sak, men om man ska sjösätta större förändringsprojekt ger det troligen bättre förutsättning för framgång att arbeta med en sak i taget.

För ytterligare information

Avd 10A: Tina Kron, Vårdsamordnare tel: 0650 59 30 25

Avd 10B: Ulla Ulfeldt, Vårdsamordnare tel: 0650 59 30 20