



Årsbok 2026

Masterstudenternas förbättringsarbeten i
Kvalitetsförbättring och Ledarskap
inom Hälsa och Välfärd

Avdelningen för Kvalitetsförbättring
och Ledarskap, Hälsohögskolan



JÖNKÖPING UNIVERSITY

Innehåll

Förord	s. 5
Filippa Anchér	Kortare väg till optimal behandling med digital distansmonitorering för patienter med nydebuterad hjärtsvikt, s. 7
Elin Andersson	Preoperativt samskapande inför elektiv kirurgi, s. 9
Paulina Andersson	Förbättrad användbarhet i ledningssystem, s. 11
Suzan Ataei	Stärkt språkberoende kommunikation i neonatalvård med hjälp av AI-baserad tolk, s. 13
Camilla Björk Karlsson	Fråga om våld - ett förbättringsarbete inom funktionsstöd, s. 15
Emma Carlgren	Öka tryggheten för patienter som väntar på vård: utbildning och rådgivning till individer med smärta och funktionsproblem i käksystemet, s. 17
Lovisa Ekelin Wiefel	Förbättrad onboardingprocess– ur första linjens chefs perspektiv, s. 19
Natalie Fors	Förändrade arbetssätt för en digitaliserad och administrativt enklare chefsvardag, s. 21
Moa Holm	Ingen ska behöva vänta på tandvård – förbättrad tillgänglighet genom teamarbete, s. 23
Gabriella Jörgensen	Förbättrade förutsättningar genom kunskapsökning och tid för kommunikation ger språkutvecklande arbetsplatser inom hemtjänsten, s. 25
Maja Kronkvist	Ökad användning av föräldraskapsstöd genom socionomer i förskola, s. 27
Maria Lechowska	Stabilare MR-flöde genom en standardiserad startprocess, s. 29

Daniel Mannerström	Samskapad uppföljning av insats utan behovsprövning, s. 31
Hibak Mohamed Dubad	Från otydlighet till delaktighet – ett förbättringsarbete om genomförandeplaner inom LSS, s. 33
Sadaf Moheb	Från avvikelse till förbättring – mot en lärande organisation i ett fastighetsbolag, s. 35
Lena Ottemark	Tidig postoperativ mobilisering- ett sätt att främja återhämtning, s. 37
Meliha Pismo	Systematisering av munvårdsarbete genom strukturerad hantering av munvårdsavvikelser i vård- och omsorgsboende, s. 39
Olga Rodell	Att stärka patientdelaktigheten i Samordnad Individuell Plan (SIP) inom hemsjukvården, s. 41
Josefine Rogel Randin	Förbättringsarbete för att stärka pensionärsrådets och rådet för funktionshinderfrågors delaktighet i beredningen av ärenden till Järva stadsdelsnämnd, s. 43
Elina Roos	Systematisk användning av Instrument X i arbetet med stöd till egen försörjning, s. 45
Annika Saari	Ökad användning av handdesinfektion på särskilt boende, s. 47
Malin Schelin	Från variation till struktur – förbättring av biståndshandläggningens utredningsprocess, s. 49
Linda Skoglund	Från två personer till en – personcentrerade förflyttningar med taklyft, s. 51
Helen Snäckerström	Förbättringsarbete för ökad följsamhet till MRSA-provtagning i slutenvård, s. 53
Elin Stenberg	Stärkt samordning vid samsjuklighet med stöd av relationell koordinering, s. 55

Förord

Masterprogrammet i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd syftar till att utveckla deltagarnas förmåga att leda förbättringsarbete inom hälsa och välfärd.

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

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

Vi, dvs Avdelningen för kvalitetsförbättring och ledarskap lärarteam, vill varmt gratulera våra studenter som just slutfört denna utbildning och kommit i mål! Det har varit en glädje att följa dem på denna utvecklingsresa. De är viktiga och vi ser fram emot att se dem med deras nya färdigheter sätta avtryck både lokalt, nationellt och internationellt. Det finns så många kvalitetsbristgap som ska överbryggas! Under utbildningen har studenterna utmanats på många områden samtidigt som de har varit yrkesverksamma. Nu får de ta med den kraften in i kommande arbete. Samtidigt som vi måste måna om balansen mellan det privata livet, arbetslivet och tid för utbildning.

För den som vill mer, för den som känner att det skaver när vi inte gör vårt allra bästa, är det viktigt att ha goda vänner och ett sammanhang att hämta kraft ifrån. Vi vill gärna att våra studenter från masterutbildningen fortsätter att vara en del av Avdelningen för kvalitetsförbättring och ledarskap och fortsätter hålla kontakten med oss genom att ingå i ett alumnätverk. Det finns möjligheter att fortsätta sin utvecklingsresa efter masterutbildningen och tidigare studenter får gärna vara coach till nuvarande masterstudenter som planerar och genomför förbättringsarbete. Om studenten känner sig manad att gå vidare med att bedriva praktisk forskning om förbättringsarbete, så har Hälsohögskolan också en forskarutbildning inom Hälsa och välfärd. Därför säger vi: på återseende och stort lycka till framöver!

Eva-Mari Blomqvist

Avdelningschef och Programansvarig på Avdelningen för kvalitetsförbättring och ledarskap

Kortare väg till optimal behandling med digital distansmonitorering för patienter med nydebuterad hjärtsvikt.

Bakgrund

Patienter med nydebuterad hjärtsvikt har hög risk för försämring och återinskrivning under den första tiden efter diagnos. Snabb upptitrering till optimal medicinsk behandling (OMT) är avgörande för prognos och livskvalitet. En lokal baslinjemätning vid hjärtsviktsmottagningen på Södersjukhuset visade en medeltid på 120 dagar till OMT jämfört med europeiska riktlinjers rekommenderade tidsram på 42 dagar. Detta innebar en fördröjd behandling i en särskilt sårbar fas av sjukdomen. Förbättringsarbetet genomfördes vid hjärtsviktsmottagningen inom verksamhetsområde kardiologi och omfattade 42 patienter med nydebuterad hjärtsvikt som inkluderades i digital distansmonitorering.

Patientinvolvering

Två patientrepresentanter i olika åldrar och med egen erfarenhet av nydebuterad hjärtsvikt deltog som fullvärdiga medlemmar i förbättringsteamet och bidrog till utformning av arbetssätt, val av mätetal och metod. Patienternas erfarenheter fångades även genom löpande dialog under monitoreringsperioden samt via patientrapporterade mått före och efter interventionen.

Syfte och Mål

Syftet var att förbättra vården för patienter med nydebuterad hjärtsvikt genom att undersöka digital distansmonitorering som stöd för en mer personcentrerad och effektiv vårdprocess.

Målet var att minst 90 procent av de patienter med nydebuterad hjärtsvikt som genomgår digital distansmonitorering skulle uppnå OMT inom 50 dagar från diagnos. Målet skulle vara uppnått senast sista februari 2026.

Förändringsidé

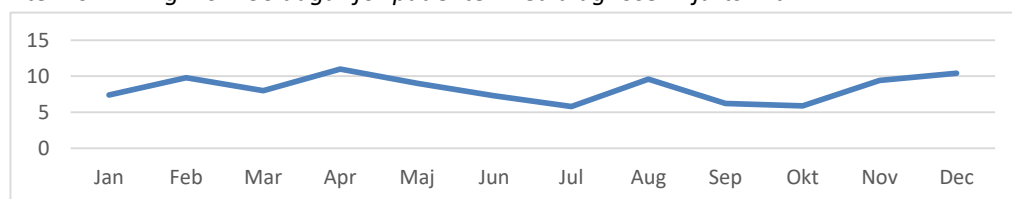
Ett nytt arbetssätt infördes där traditionella, upprepade mottagningsbesök ersattes av digital distansmonitorering. Patienter inkluderades i samband med diagnos och följdes därefter i hemmet genom egenmätningar av vikt, blodtryck och puls som överfördes till vårdpersonalen via en applikation med möjlighet till direkt kommunikation via chatt. Detta möjliggjorde tätare uppföljning och snabbare läkemedelstitrering. Arbetssättet utvecklades iterativt genom PDSA-cykler där exempelvis tidig inkludering, rollfördelning i teamet och patientinformation testades, analyserades och justerades utifrån insamlade data.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Effekten följdes kontinuerligt genom mätning av antal dagar från diagnos till uppnådd OMT (se Figur 2). Kompletterande mått inkluderade andel patienter som uppnådde OMT inom 50 dagar, andel patienter inkluderade inom 72 timmar från diagnos samt balansmått såsom återinskrivning inom 30 dagar (se Figur 1) samt patientrapporterade mått avseende livskvalitet och egenvårdsförmåga före och efter förändringen.

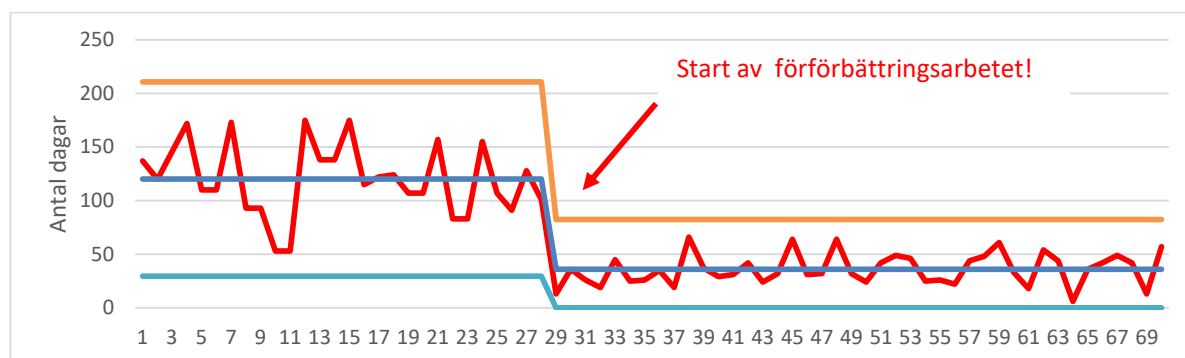
Figur 1

Återinskrivning inom 30 dagar för patienter med diagnosen hjärtsvikt.



Figur 2

Tid till OMT



Kommentar. Styrdiagram över tid till OMT där X-axeln visar patienter i kronologisk ordning (PatientID) och Y-axeln visar antal dagar till OMT. Figur 2 visar patienternas skattade livskvalitet innan och efter interventionen.

Resultat

Totalt inkluderades 42 patienter i digital distansmonitorering. Det kliniska utfallsmåttet tid till OMT minskade tydligt från en medeltid på 120 dagar till cirka 40 dagar efter införandet av det nya arbetssättet samtidigt som variationen i processen minskade (se Figur 2). Totalt uppnådde 85,7 procent OMT inom 50 dagar vilket innebar hög måluppfyllelse även om SMART-målet om 90 procent ännu inte fullt uppnåddes. Balansmålet återinskrivning inom 30 dagar förblev stabilt på cirka 8 procent. Patienternas skattade livskvalitet och egenvårdsförmåga visade samtidigt en diskret förbättring. Ett viktigt resultat var att förbättringen främst kunde kopplas till mer strukturerad uppföljning och tydligare ansvarsfördelning snarare än till den digitala tekniken i sig.

Förbättringsarbetet visar också hur systematisk uppföljning och gemensam analys av data kan bidra till en mer stabil och förutsägbar vårdprocess. Genom att kontinuerligt följa variation över tid skapades förutsättningar för lärande i teamet och för att identifiera var i processen ytterligare förbättringar behövde göras. Sammantaget tyder resultaten på att digital distansmonitorering i kombination med ett mer strukturerat arbetssätt kan bidra till en mer effektiv och personcentrerad vårdprocess för patienter med nydebuterad hjärtsvikt.

Nästa steg

Arbetssättet integreras nu som en del av ordinarie verksamhet med fortsatt uppföljning av process-, resultat- och balansmått. Nästa steg är att nå full måluppfyllelse enligt SMART-målet om 90 procent inom 50 dagar samt att stegvis sprida arbetssättet till fler patientgrupper inom verksamhetsområde kardiologi.

Kontaktuppgifter

Namn: Filippa Anchér

Email: Filippa.ancher@regionstockholm.se

Arbetsgivare: Södersjukhuset

Enhet: VO Kardiologi

Preoperativt samskapande inför elektiv kirurgi

Bakgrund

Förbättringsarbetet fokuserar på preoperativa aktiviteter som syftar till personcentrerad vård på rätt vårdnivå genom samskapande mellan patient och vårdgivare. Förbättringsarbetet ger en ökad förståelse av preoperativ vård- och omsorgsplanering för det postoperativa behovet och huruvida detta bör eftersträvas vid all elektiv kirurgi. Patientnyttan av det förändrade arbetssättet är att främja preoperativa förberedelser som stärker patientens roll i vårdprocessen genom samskapande, vilket ger ökad förståelse för delat ansvar genom hela vårdprocessen.

Patientinvolvering

Patientinvolvering bidrog till framställandet av samtalsstöd (PDSA 2) för att kalibrera språk och utformning av dokumentet. Förbättringsarbetet undersökte också patientens upplevelse av samskapande i den preoperativa fasen och på vilket sätt det påverkar upplevd trygghet genom hela vårdprocessen (PDSA 4).

Syfte och Mål

Övergripande syfte är att öka förutsättningarna för personcentrerad vård på rätt vårdnivå genom preoperativt samskapande mellan patient och vårdgivare. Målet med förbättringsarbetet är att senast den 31 december 2025 optimera vårdprocessen för elektiv höft- och knäproteskirurgi genom:

- 1) samtliga inskrivningssjuksköterskor på protesinskrivningen ha god kännedom om och följsamhet till överenskommelsen mellan Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) och Göteborgs Stad (GS).
 - 2) 90% hänvisningar i SAMSA vara korrekt utifrån överenskommelsen mellan SU och GS i SAMSA.
 - 3) samtliga patienter över 65år som kommer till protesinskrivningen ha en dialog med inskrivningssjuksköterska kring postoperativt vård- och omsorgsbehov utifrån samtalsstöd/checklista.
- Samt att senast den 31 mars 2026 ska 4) patientens erfarenheter av samskapande i den preoperativa fasen kartläggas och redovisas på vilket sätt samskapande påverkar upplevd trygghet inför, och efter, elektiv kirurgi.

Förändringsidé

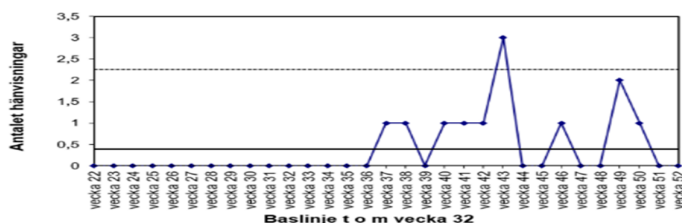
Syfte och mål uppnås genom flera PDSA för att utveckla den aktuella processen. Aktiviteterna identifierades av förbättringsteamet utifrån orsaksanalys med Fiskbensmetod och startade med att 1a) identifiera rutin, 1b) utbilda inskrivningssjuksköterskorna om rutin, 2) skapa samtalsstöd för inskrivningssamtalen för att minska variationen. PDSA 3 berörde auskultationer mellan inskrivningsmottagningen och den postoperativa vårdenheten för att skapa en kunskapabrygga. Slutligen undersöktes patienternas erfarenheter av samskapande som en del i de preoperativa förberedelserna för trygg hemgång efter kirurgi, PDSA 4.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förbättringsarbetet huvudmått baseras på kartläggningen av antal patienter som inkluderats (se Figur 1) respektive antal korrekt inkluderats enligt överenskommelsen (se Figur 2) mellan SU och GS tiden före och under förbättringsarbetet. Balanserande mått är antal, och kostnad för, utskrivningsklara patienter som vårdas inom specialistvården trots att det inte anses vård på rätt vårdnivå (se Tabell 1).

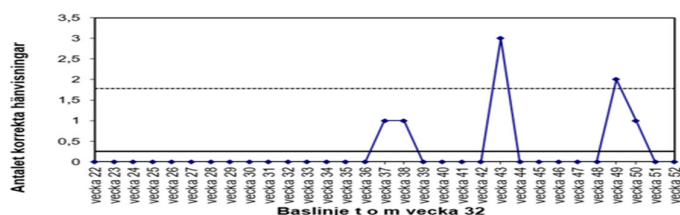
Figur 1

Diagram över antal hänvisade (baslinje samt under tiden för förbättringsarbetet)



Figur 2

Diagram över antal korrekt hänvisade (baslinje samt under tiden för förbättringsarbetet)



Tabell 1

Tabell över antal, och kostnad för, utskrivningsklara patienter på fel vårdnivå

År	Månad	Antal betaladagar per mån	Utfall per månad, tkr
2024	Jan	39	143
	Feb	88	554
	Mars	81	755
	April	101	593
	Maj	144	1 253
	Juni	9	22
	Juli	38	0
	Augusti	88	503
	September	9	4
	Oktober	24	56
	November	65	293
	December	140	1 031
Summa		836	5 208
2025	Jan	71	350
	Feb	132	1 132
	Mars	70	477
	April	72	396
	Maj	121	735
	Juni	43	113
	Juli	35	66
	Augusti	9	30
	September	61	85
	Oktober	27	80
	November	77	366
	December	40	56
Ackumulerat		758	3 886

Resultat

Resultat av mål som skulle uppnås senast 31 december 2025: 1) Samtliga inskrivningssjuksköterskor rapporterades muntligen ha god kännedom om, och följsamhet till, överenskommelsen, dock kan detta inte stärkas statistiskt då 2) korrekta hänvisningarna i SAMSA uppgick till 64%. Muntligt rapporterades att 3) samtliga patienter >65år hade en dialog med sjuksköterskan kring postoperativt vård- och omsorgsbehov utifrån samtalsstöd. Förbättringsteamet har 4) kartlagt patienternas erfarenheter av samskapande i den preoperativa fasen och på vilket sätt det påverkar upplevd trygghet inför, och efter, elektiv kirurgi i enlighet med mål som ska uppnås senast 31 mars 2026.

Nästa steg

Avsaknad av genomförda auskultationer (PDSA 3) tillsammans med återkoppling kring patienterfarenheter (PDSA 4) tros kunna påverka utfallet. Resultatet kommer få en bidragande roll i ny in- och utskrivningsprocessen inom VGR i syfte att se samverkan som en faktor i att utveckla vård.

Kontaktuppgifter

Namn: Elin Andersson

Email: elin.elise.andersson@vgregion.se

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att mäta om förbättring skett testades användbarhet i det nya ledningssystemet över tid. Detta genomfördes med expertbaserade utvärderingsmetoder och specifika testfall vilka fokuserade på navigering samt arbetsflöden för redigering. Tid för genomförande, antal klick för navigering samt experternas (superanvändarnas) reflektioner resulterade i en bedömning av svårighetsgrad av testfallen. Under testsessionerna antecknades identifierade problem i systemet, vilka vidare kategoriserades inom utvärderingsmetoderna Cognitive Walkthrough (CW) och Heuristic Evaluation (HE).

Figur 2

Identifierade användbarhetsproblem inom CW och deras genomsnittliga svårighetsgrad (1-3).

	PDSA 1 testfall G1-G9	PDSA 2 testfall A1-A9	PDSA 1 testfall G1-G9	PDSA 2 testfall A1-A9
	Identifierade problem % (antal)		Medelvärde av svårighetsgrad	
CW 1 När de rätt resultat och förstår de delstegen mot målet?	2% (1)	14% (17)	3,00	2,76
CW 2 Ser de lösningen eller finner rätt funktion?	7% (4)	19% (22)	2,25	2,78
CW 3 Kopplar de rätt knapp till rätt åtgärd?	7% (4)	13% (15)	2,50	2,60
CW 4 Uppfattar de resultatet som lyckat och måluppfyllande?	35% (19)	2% (2)	1,89	2,50

Resultat

Utvärderingsmetoderna identifierade 172 användbarhetsproblem i ledningssystemet efter att superanvändare individuellt utfört åtta testfall för PDSA 1 samt nio testfall för PDSA 2. Sorteringen av identifierade problem inom användbarhetsprincip CW1-CW4 samt HE1-HE10 vägleder superanvändarna mot vilka korrigeringar som krävs i kommande PDSA-cykel för att öka användbarheten i systemet. Hög svårighetsgrad indikerar vilka problem som är mest kritiska där stoppande fel eller osäkerhet lett till avbrutet testfall. Dessa områden bör prioriteras i kommande cykel, där störst förbättrad användbarhet kan förväntas.

Nästa steg

Lärdomar och resultat från förbättringsarbetet kommer att användas för fortsatt förbättring av ledningssystemets användbarhet. Användartester kan senare skalas upp för att inkludera slutanvändare och därigenom ytterligare anpassa systemet till laboriemedicins medarbetare och deras behov.

Kontaktuppgifter

Namn: *Paulina Andersson*

Email: *paulina.andersson@regionvasterbotten.se*

Arbetsgivare: Region Västerbotten

Enhet: Laboriemedicin

Figur 3

Identifierade användbarhetsproblem inom HE och deras genomsnittliga svårighetsgrad (1-3).

	PDSA 1 testfall G1-G9	PDSA 2 testfall A1-A9	PDSA 1 testfall G1-G9	PDSA 2 testfall A1-A9
	Identifierade problem % (antal)		Medelvärde av svårighetsgrad	
HE 1 Systemstatus kommuniceras tydligt	6% (3)	23% (19)	2,67	2,83
HE 2 Design och terminologi är logisk och verklighetsanpassad	15% (8)	7% (6)	2,75	2,60
HE 3 Användare kan backa eller avbryta	0% (0)	4% (3)	0,00	2,80
HE 4 Design och språkval är konsekvent och standardiserad	19% (10)	1% (1)	1,60	2,00
HE 5 Systemet varnar och vägleder användaren innan kritiska moment	0% (0)	5% (4)	0,00	3,00
HE 6 Information är tillgänglig och behöver ej minnas	6% (3)	3% (3)	3,00	3,00
HE 7 Funktioner och genvägar är individanpassade	0% (0)	0% (0)	0,00	0,00
HE 8 Design är konsekvent och vägledande	2% (1)	9% (8)	3,00	2,56
HE 9 Felmeddelanden är beskrivande	2% (1)	7% (6)	2,00	2,86
HE 10 Sökbara stöd-instruktioner finns tillgängliga	0% (0)	3% (3)	0,00	3,00

Stärkt språkberoende kommunikation i neonatalvård med hjälp av AI-baserad tolk

Bakgrund

Språkbarriärer inom neonatal intensivvård och neonatal hemsjukvård kan begränsa föräldrars möjligheter att tillgodogöra sig information och att vara delaktiga i sitt barns vård. Otillräcklig tillgång till kontinuerligt språkstöd riskerar därmed att påverka både vårdkvalitet och jämlikhet. Förbättringsarbetet genomfördes inom neonatal intensivvård och neonatal hemsjukvård vid Universitetssjukhuset i Linköping och omfattade fyra familjer där gemensamt språk saknades mellan föräldrar och vårdpersonal. Familjernas respektive språk var tillgängliga i det AI-baserade tolkverktyget, vilket möjliggjorde en systematisk användning av verktyget i vårdssituationer där kommunikation mellan vårdpersonal och föräldrar krävdes.

Föräldrainvolvering

Föräldrars erfarenheter av kommunikation vid språkbarriärer inhämtades genom intervjuer. Dessa erfarenheter användes för att identifiera behov av vardagsnära språkstöd och för att utvärdera förbättringsarbetets effekt ur ett föräldraperspektiv.

Syfte och Mål

Syftet var att förbättra språkberoende vardagskommunikation mellan vårdpersonal och föräldrar inom neonatalvård. Målet var att AI-baserad tolk senast den 28 februari 2026 skulle användas i minst 70 % av daglig kommunikation där gemensamt språk saknades.

Förändringsidé

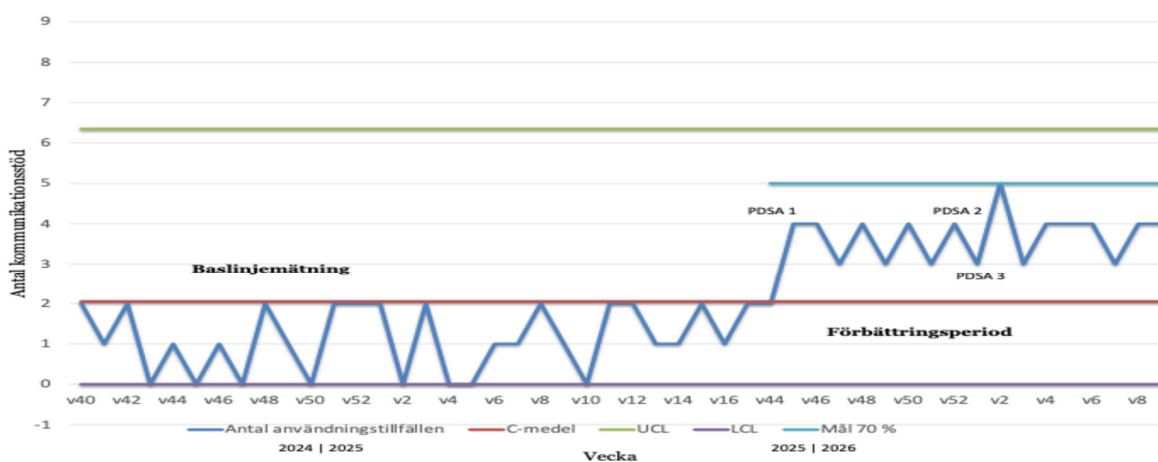
Ett AI-baserat tolkverktyg infördes som ett komplement till professionell tolk i vardagliga vårdssituationer. Förändringen testades iterativt med hjälp av PDSA-cykler och kompletterades med utbildning av personal, framtagande av användarmanual samt strukturerad dokumentation i journalsystemet.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förbättringen följdes genom baslinjemätning och uppföljning av användning av AI-baserad tolk över tid i relation till uppsatt mål, visualiserat i styrdiagram (Figur 1). Föräldra- och personalenkäter användes för att mäta upplevd tillgång till språkstöd, delaktighet och påverkan på arbetsbelastning.

Figur 1

Användning av AI-baserad tolk över tid i relation till uppsatt mål

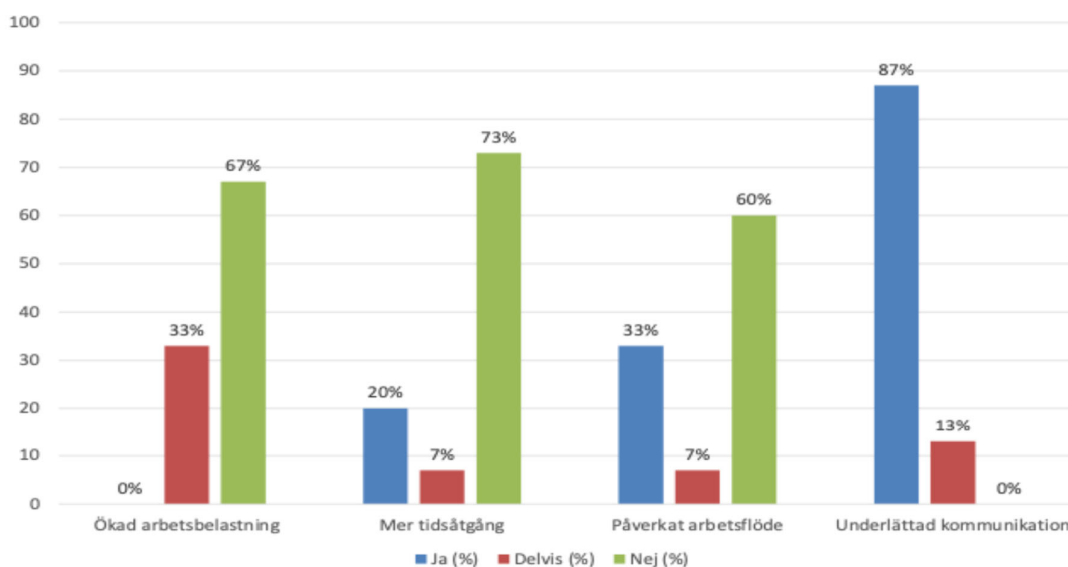


Resultat

Resultatet visade användningen av AI-baserad tolk ökade successivt under projektperioden. Majoriteten av föräldrarna upplevde förbättrad tillgång till språkstöd och vårdpersonalen beskrev kommunikationen underlättades. Personalens enkätsvar visade samtidigt att användningen av AI-baserad tolk inte upplevdes ha ökat arbetsbelastningen nämnvärt, även om variation förekom beroende på vårdsituation och språkliga förutsättningar (Figur 2).

Figur 2

Vårdpersonalens upplevelse av AI-baserad tolks påverkan på arbetsbelastning och kommunikation



Kommentar. Stapeldiagrammet visar vårdpersonalens upplevelse av AI-baserad tolks på arbetsbelastning, tidsåtgång, arbetsflöde och kommunikation. Diagrammet baseras på 30 enkätsvar från åtta medarbetare vid olika vårdtillfällen.

Nästa steg

Nästa steg är att implementera arbetssättet inom verksamheten, vidareutveckla den tekniska lösningen och fortsätta följa effekter på föräldradelaktighet, kommunikation och vårdkvalitet över ti

Kontaktuppgifter

Namn: Suzan Ataei

Email: suzan.ataei@regionostergotland.se

Arbetsgivare: Region Östergötland

Enhet: Avdelning F123 neonatal-IVA, H.K.H. Kronprinsessan Victorias barn- och ungdomssjukhus

Fråga om våld - ett förbättringsarbete inom funktionsstöd

Bakgrund

Personer med funktionsnedsättning utgör en särskilt utsatt grupp när det gäller våld i nära relationer, men det är även en målgrupp vars utsatthet riskerar att inte upptäckas. Förbättringsarbetet handlar om att rutinmässigt ställa frågor om våld till personer med funktionsnedsättning i syfte att tidigt försöka fånga in våldsutsatthet och erbjuda stöd och hjälp. Förbättringsarbetet genomförs inom socialförvaltningens funktionsstöd i en mellanstor kommun i Västsverige. Förbättringsteamet består av biståndshandläggare som arbetar med myndighetsutövning riktad till vuxna personer i behov av insatser inom LSS och socialpsykiatri. Inom dessa områden finns i den aktuella kommunen ca 450 brukare som har olika former av insatser.

Brukarinvolvering

Brukare har inte varit direkt involverade under förbättringsarbetet, då fokus var att öka handläggarnas kompetens och trygghet. Målgruppens risk för utsatthet har utgjort grunden för arbetet. Brukare har genom en kort enkät lämnat feedback på hur de upplevt att svara på frågorna och är därigenom en viktig del i utvärderingen av arbetet.

Syfte och Mål

Förbättringsarbetets övergripande syfte är att våldsutsatthet hos personer med funktionsnedsättning ska upptäckas för att kunna erbjuda stöd till ett liv fritt från våld. Förbättringsarbetets mål är att frågor om våld ska ställas systematiskt från och med januari månad 2026. Ett SMART mål har satts upp "Från och med april månad 2026 ska minst 85% av de personer som möter en handläggare för utredning eller uppföljning erbjudas att svara på frågor om våld".

Förändringsidé

I uppstarten av förbättringsarbetet identifierade förbättringsteamet med hjälp av en fiskbensanalys (Ishikawadiagram) att osäkerhet kring att samtala om våld med målgruppen, brist på rutiner och otydlighet i ansvarsfördelning inom organisationen var faktorer som gjorde att frågor inte ställdes. En påverkansanalys visade på fyra utvecklingsområden; kunskap och kompetens, rutiner och stödmaterial, dokumentation samt samverkan med enheter som arbetar med våldsutsatta. En aktivitetsplan togs fram (figur 1) där olika aktiviteter för varje utvecklingsområde listades. Teamet har arbetat med dessa aktiviteter enligt PDSA modellen under oktober 2025-januari 2026 och samtliga planerade aktiviteter är genomförda.

Figur 1

Aktivitetsplan

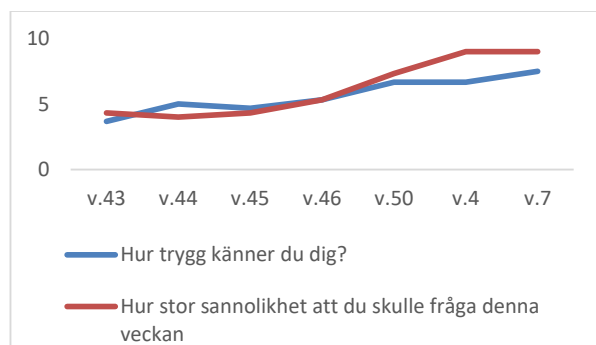
Utvecklingsområde	Vad ska göras?
Kunskap och kompetens	<i>Digitala utbildningar (Socialstyrelsen och MFD) och reflektionstid i grupp, gruppdiallog etiska dilemman. Kollegialt lärande/tematräffar</i>
Rutiner och stödmaterial	<i>Ta fram rutin för arbetet mot våld på biståndsenheten Ta fram stödmaterial att använda vid samtal (se Socialstyrelsen och andra kommuner för tips)</i>
Dokumentation	<i>Lägg in rubrik i verksamhetssystemet och ta fram lathund för hur dokumentation ska göras.</i>
Samverkan med andra enheter	<i>Ta fram rutiner för samverkan, förtydliga ansvarsfördelning och skapa forum för dialog</i>

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att ta reda på om förändringen är en förbättring har en enkät med skalfrågor (mellan 0-10) kring upplevd trygghet att ställa frågor samt sannolikhet att de kommer att ställa frågor till personer de möter under kommande vecka skickats ut till handläggarna efter varje genomfört moment (varje PDSA cykel) i förbättringsresan och även under våren då de börjat arbeta med att ställa frågor (figur 2). Före förbättringsarbetet ställdes frågor om våld endast till ett fåtal personer i samband med utredning eller uppföljning, ingen statistik finns men främst tillfrågades personer då det fanns en misstanke om våldsutsatthet. Handläggarna har sedan januari 2026 ställt frågor på rutin och redovisat pinnstatistik på hur många personer de träffat samt hur många som erbjudits svara på frågor om våld (figur 3).

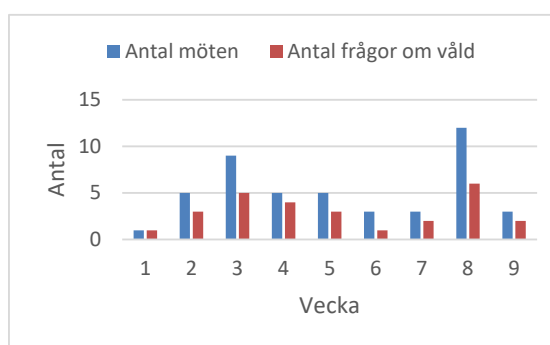
Figur 2

Upplevd trygghet och sannolikhet att fråga om våld



Figur 3

Antal möten respektive antal frågor om våld



Resultat

Handläggarna uppger att deras känsla av trygghet kring att prata om våld med målgruppen har ökat under förbättringsarbetets gång (figur 2). Att i en mindre grupp med kollegor genomföra gemensamma utbildningar, prata om ämnet och stötta varandra har varit hjälpsamt i den utvecklingen tillsammans med att det finns tydligare rutiner kring vart man kan lotsa vidare vid behov och stödmaterial att använda i samtalen. Dock finns många faktorer som påverkar, exempelvis att stödpersoner närvarar i möten eller att det finns kommunikationssvårigheter, vilket ger fortsatta utmaningar kring att ställa frågor till alla inom målgruppen. Från och med januari månad 2026 ställs frågor till fler och under de första två månaderna har ca 59% av de personer som träffat sin handläggare erbjudits att svara på frågor om våld. Merparten (86%) av brukarna som fått frågorna ställda till sig har svarat att det är bra att svara på dem (figur 4).

Figur 4

Hur var det att svara på frågorna?



Nästa steg

Arbetet med att systematiskt ställa frågor om våld kommer att fortgå under 2026 och utvärderas regelbundet. Teamet kommer arbeta vidare med kollegial handledning och att tillsammans hantera de utmaningar som dyker upp kopplat till att ställa frågor om våld till målgruppen. Uppföljning av hur många våldsutsatta som upptäcks kommer att göras. Arbetssättet med systematiska frågor kommer att införas även riktat mot målgruppen äldre. Handläggarna som arbetar med myndighetsutövning kopplat till äldreomsorgen kommer att göra en liknande utvecklingsresa under hösten 2026.

Kontaktuppgifter

Namn: Camilla Björk Karlsson

Email: camilla.b.karlsson@gmail.com

Öka tryggheten för patienter som väntar på vård: utbildning och rådgivning till individer med smärta och funktionsproblem i käksystemet

Bakgrund

Individer med smärta och funktionsproblem från käkleder och käkmuskler känner ofta oro för sina symtom och oron är en negativ upplevelse i sig men även kopplad till svårare symtom. Patientmöten och mätningar indikerade att många patienter i Region Jönköpings län som väntade på att få specialistvård för sina symtom från käksystemet vid avdelningen för klinisk bettfysiologi i Jönköping kände oro för symtomen, vilket inte gick i linje med trygghet för patienten under hela vårdkedjan. Mot bakgrund av detta initierades ett patientfokuserat förbättringsarbete vid avdelningen för att genom utbildning och rådgivning till patienter öka deras trygghet under väntetiden till vård.

Patientinvolvering

Mätningar baserade på patientrapporteringar låg till grund för att kartlägga problemet, formulera målet och utvärdera om förändringarna ledde till förbättring. Patienters erfarenheter, önskemål och feedback inhämtades och togs hänsyn till i utformningen av förändringsinsatserna. Ett personcentrerat förhållningssätt där personen bakom patienten stod i centrum eftersträvades genom hela arbetet.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet var att öka tryggheten för patienter som väntar på att få vård vid avdelningen för klinisk bettfysiologi i Jönköping.

Mål: Genom patientutbildande och rådgivande insatser ska minst 90 % av patienter som väntar på att få vård vid avdelningen för klinisk bettfysiologi i Jönköping gradera sin oro för sina symtom som 5 eller lägre på en skala 0-10 (0 = ingen oro alls, 10 = mycket stor oro). Detta ska vara uppnått senast 31 december 2025.

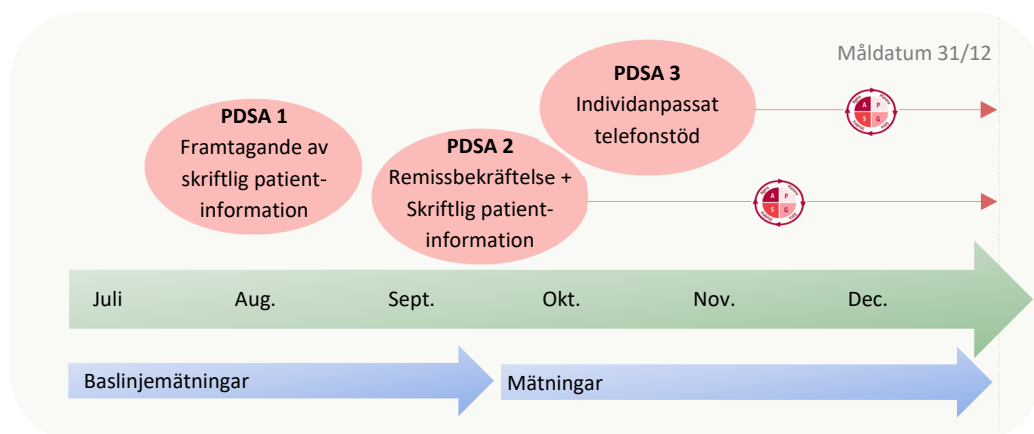
Målet sattes i relation till baslinjemätningar juli-september 2025 då 38 % av patienter som väntade på att få vård vid avdelningen graderade sin oro för sina symtom som 5 eller lägre på skalan 0-10.

Förändringsidé

Utbildande och rådgivande skriftlig patientinformation togs fram och publicerades som en artikel på regionens 1177-sidor (PDSA 1). Ett meddelande med remissbekaftelse och länk till artikeln skickades till en grupp patienter som nyligen fått remiss till avdelningen och ställts i väntelista till vård (PDSA 2). De patienter som efter detta graderade sin oro för sina symtom ≥ 6 på en skala 0-10 erhöll individanpassat telefonstöd med tandläkare (PDSA 3). Upprepade cykler för PDSA 2 och 3 med nya grupper patienter som remitterades till avdelningen pågick kontinuerligt under förbättringsarbetets genomförandeperiod, se Figur 1.

Figur 1

Tidslinje för förbättringsarbetets PDSA-hjul och mätningar

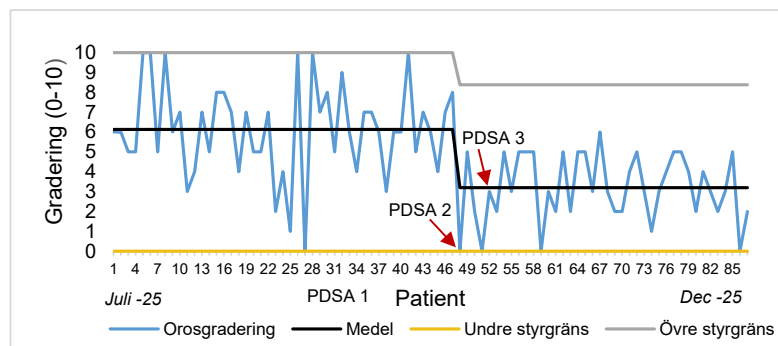


Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Huvudmålet var patienternas graderingar av sin oro för sina symtom på en skala 0-10. Graderingarna gjordes via 1177 strax efter att patienterna blivit remitterade till avdelningen och placerats i väntelista till vård. Patienterna i förbättringsarbetet hade då mottagit remissbekaftelse och skriftlig patientinformation. För de som även erhöll individanpassat telefonstöd gjordes en ny orosgradering efter telefonsamtalet som ersatte den första graderingen i sammanställningen av resultaten. Patienterna i baslinjemätningarna mottog ingen information från avdelningen. Resultaten visas i ett styrdiagram (Figur 2) och i ett diagram över den procentuella fördelningen av orosgraderingarna (Figur 3).

Figur 2

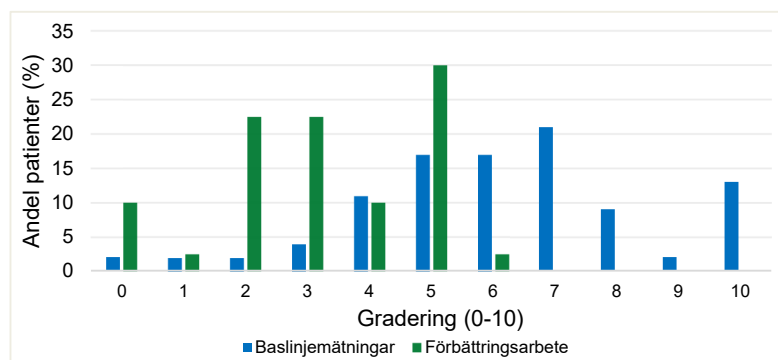
Styrdiagram över patienternas orosgraderingar (skala 0-10) före och under förbättringsarbetet



Kommentar. Varje mätpunkt utgör en patients orosgradering. Mätningarna skedde kontinuerligt juli-december och mätpunkterna är införda i diagrammet i den ordning de gjordes tidsmässigt. Medelvärde och styrgräns är omräknat i övergången mellan baslinjemätningarnas och förbättringsarbetets mätpunkter.

Figur 3

Fördelning av patienternas orosgraderingar (skala 0-10) före och under förbättringsarbetet



Kommentar. Diagrammet visar hur stor andel av patienterna som gjorde respektive orosgradering för dels baslinjemätningarnas patienter och dels förbättringsarbetets patienter. Antal patienter: 47 (baslinjemätningar), 40 (förbättringsarbete).

Resultat

Det skedde en urskiljbar, stabil förbättring där den genomsnittliga orosgraderingen minskade från 6 för patienterna i baslinjemätningarna till 3 för patienterna i förbättringsarbetet, se Figur 2. En positiv förskjutning sågs av den procentuella fördelningen från högre orosgraderingar före förbättringsarbetet till lägre orosgraderingar under förbättringsarbetet, se Figur 3. Andelen patienter som graderade sin oro som 5 eller lägre ökade från 38 % till 97,5 % vilket innebär att det uppsatta målet på minst 90 % uppnåddes.

Nästa steg

Stöttning av patienterna kan framgångsrikt påbörjas under väntetiden till vård och insatserna planeras fortsätta parallellt med fortgående arbete med att förkorta väntetiderna.

Kontaktuppgifter

Namn: Emma Carlgren

Email: emma_carlgren@hotmail.com

Arbetsgivare: Folktandvården Region Jönköpings län

Enhet: Avdelningen för klinisk bettfysiologi, Käkkirurgiska kliniken

Förbättrad onboardingprocess– ur första linjens chefs perspektiv

Bakgrund

Onboardingprocessen är den introduktion genom vilka nyanställda blir en del av verksamheten. Den omfattar formella och informella insatser som stödjer uppgiftshantering, rolltydlighet och delaktighet. Forskning visar att närmsta chefs tillgänglighet och engagemang är centralt för en fungerande onboarding samtidigt som första linjens chefer ofta har begränsade förutsättningar att genomföra processen ändamålsenligt. Brister i organisatorisk socialisering kan påverka både hälsa och arbetsengagemang negativt. Förbättringsarbetet genomfördes vid Försäkringskassan, avdelningen för sjukförsäkring – stöd för återgång med fokus på första linjens chefs perspektiv.

Chefsinvolvering

Förbättringsarbetet genomfördes i Västsveriges ledningsgrupp, inom Sjukförsäkringen - Stöd för återgång. Gruppen består av en områdeschef och 12 första linjens chefer som testade förändringarna. Resultat och justeringar diskuterades i operativ chefsgrupp och beslut fattades i ledningsgruppen.

Syfte och Mål

Syftet var att förbättra onboardingprocessen ur första linjens chefs perspektiv genom ökad struktur, tydligare process och stöd. Målet var att första linjens chefer i Västsverige i mars 2026 skulle uppleva ökat stöd och minskad stress vid onboarding. Jämfört med baslinjemätning 2025 skulle genomsnittligt skattad stress inte överstiga 2,5 vid månad 0 och 1, samt 2,0 vid månad 3 och 6. Upplevelsen av stödet skulle öka.

Förändringsidé

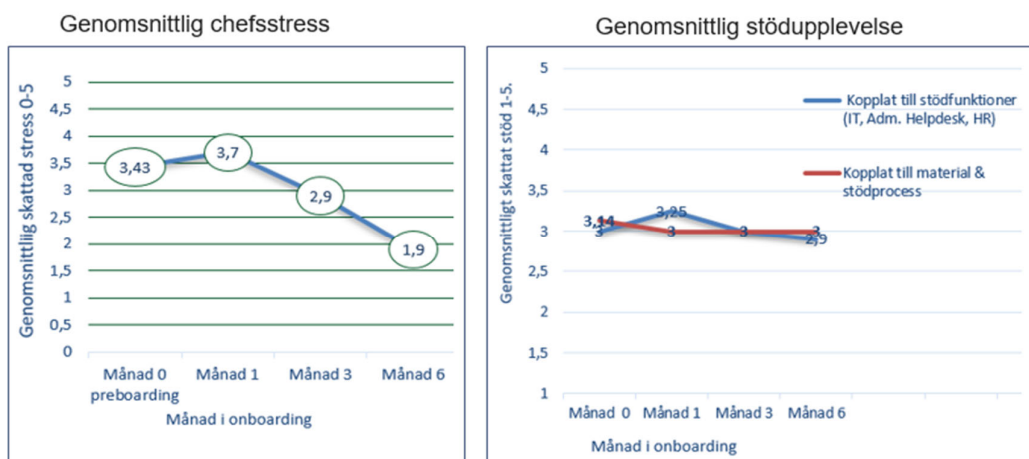
Behovet av förbättring uppmärksammades vid onboarding våren 2025 då flera chefer upplevde hög stress. Genomförd analys visade på 3 huvudorsaker: bristande struktur, otillräckligt stöd/stödmaterial och svårigheter att kombinera onboarding med ordinarie chefsuppgifter. Tre PDSA-cykler genomfördes för att skapa förbättring. Befintligt material uppdaterades, tetades och nytt tillades. Därefter skapades en matris över chefs uppgifter och ansvar under onboardingprocessen, en struktur i OneNote. Till sist testades utskick av mail som påminnelser kopplade till onboardingens olika steg till cheferna. Förändringarna testades iterativt och justerades efter dialog tills de upplevdes välfungerande och ändamålsenliga.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Baslinjemätning genomfördes våren 2025 via självskattning av upplevd stress kopplat till onboarding på en skala mellan 0–5 (0= ingen stress, 5= mycket hög stress). Cheferna skattade även upplevt stöd från verksamhetens stödfunktioner samt stödmaterial- och process på en skala mellan 1–5.

Figur 1

Genomsnittligt skattad stress i mars (n=7) och genomsnittligt skattat stöd i april (n=4) 2025 av chefsgruppen.

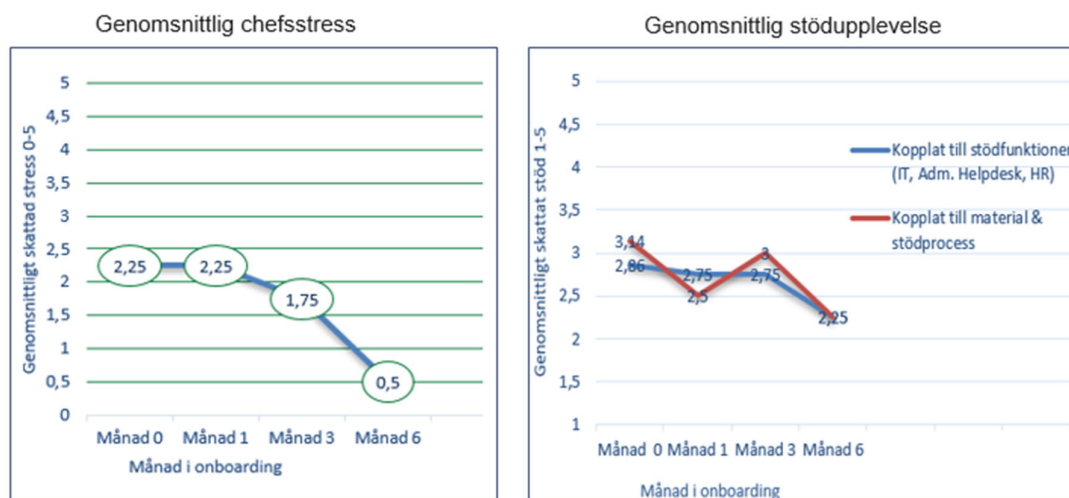


Kommentar till figur 1. Till vänster visas chefsstress på skalan 0–5 där 0= ingen stress, 1 = låg grad stress, 2= måttlig stress, 3= tydlig stress, 4= hög stress, 5 =mkt hög stress. Till höger visas upplevt stöd i skalan 1–5 där 1= inget stöd, 2= lite stöd, 3= varken mycket eller lite stöd , 4=Ganska mycket stöd, 5= väldigt mycket stöd, där blått avser verksamhetens stödfunktioner och rött stödmaterial och process.

Uppföljande mätningar genomfördes vid månad 0 (inför start) ,1, 3 och 6 i den nyanställdes onboardingprocess efter att införande av förändringarna påbörjats. Resultaten följdes över tid.

Figur 2

Genomsnittligt chefsskattad stress (n=4) och stöd (n=7 mån 0–1, n=4 mån 3 och 6) i september 2025



Kommentar. Till vänster visas chefsstress på skalan 0–5 (0= ingen stress, 5= mkt hög stress). Till höger visas stöd skala 1–5 (1= inget stöd, 5= väldigt mkt stöd) där blått avser stödfunktioner och rött material /process.

Resultat

Målet var satt till mars 2026, medan flera förändringar infördes redan efter sommaren 2025. Resultaten visar framför allt en minskning i upplevd stress hos chefer i samband med onboarding vilket kan kopplas till återkommande dialog och fokus på onboarding genom de förändringar som påbörjades. Förändringen i stöd var mer begränsad och kan bero på att materialet fortfarande upplevdes som relativt nytt i september 2025. När stödmaterialen används mer konsekvent och systematiskt förväntas det bidra till högre upplevelse av stöd och därigenom ytterligare minskad stress för cheferna. Stödfunktionerna kan inte förbättringsarbetet påverka direkt utan de följs utifrån den funktion de har för chefsupplevelsen.

Nästa steg

De positiva erfarenheterna har lett till att delar av förbättringsarbetet lyfts till nationellt forum för kompetens och rekrytering inom avdelningen Stöd för återgång. Mätningar och dialog fortsätter för att följa utvecklingen och bibehålla förbättringen.

Kontaktuppgifter

Namn: *Lovisa Ekelin Wiefel*

Email: *lolloekelin@gmail.com*

Arbetsgivare: *Försäkringskassan*

Enhet: *Avdelningen för sjukförsäkring – Stöd för återgång [SFT]*

Hemsidan: www.fk.se

Förändrade arbetssätt för en digitaliserad och administrativt enklare chefsvardag

Bakgrund

Nationella analyser och forskning visar att hög administrativ belastning ökar chefers stress och utgör en riskfaktor för ohälsa, medan goda organisatoriska stödstrukturer skapar bättre förutsättningar i verksamheten. Förbättringsarbetet genomfördes i Region Jönköpings län (RJL) med cirka 600 chefer och 11 000 medarbetare. Intervjuer i RJL visar att chefer upplever hög administrativ belastning och pekar ut anställningsprocessen som särskilt tung, vilket blev fokus för förbättringsarbetet. Tidigare förbättringsinsatser har ofta varit avgränsade till enstaka stödfunktioner och utan chefers aktiva medskapande. Förbättringsarbetet drevs tvärprofessionellt inom HR, lön och IT och berörde omkring 9000 anställningsändringar per år varav 1000 nyanställningar.

Kundinvolvering

Arbetet byggde på intervjuer med chefer i RJL och fördjupades via dialoger med en chefsreferensgrupp och en enkät. Under förbättringsarbetets gång genomfördes två enskilda intervjuer och löpande träffar med chefsreferensgruppen för att få in synpunkter, prioritera och göra vägval.

Syfte och Mål

Syftet var att frigöra chefstid för medarbetare och verksamhet. Målet var att minska den administrativa tiden i anställningsprocessen med minst 30 minuter per nyanställning till den 28/2 2026.

Förändringsidé

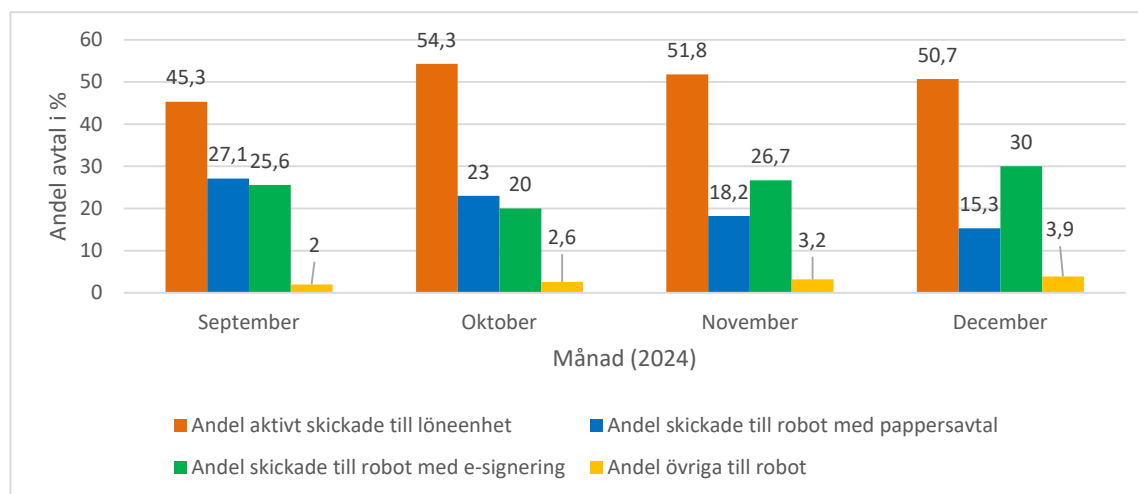
För att åstadkomma en förbättring drevs följande PDSA-cykler parallellt:

- PDSA 1: Digitalisera hälsodeklarationen (vaccinunderlag för personal) och integrera den i rekryteringssystemet
- PDSA 2: Utveckla urvalsfrågor och öka chefers kännedom.
- PDSA 3: Öka användningen av robot och e-signering vid anställningsavtal och bredda e-signering till fler anställningsformer.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

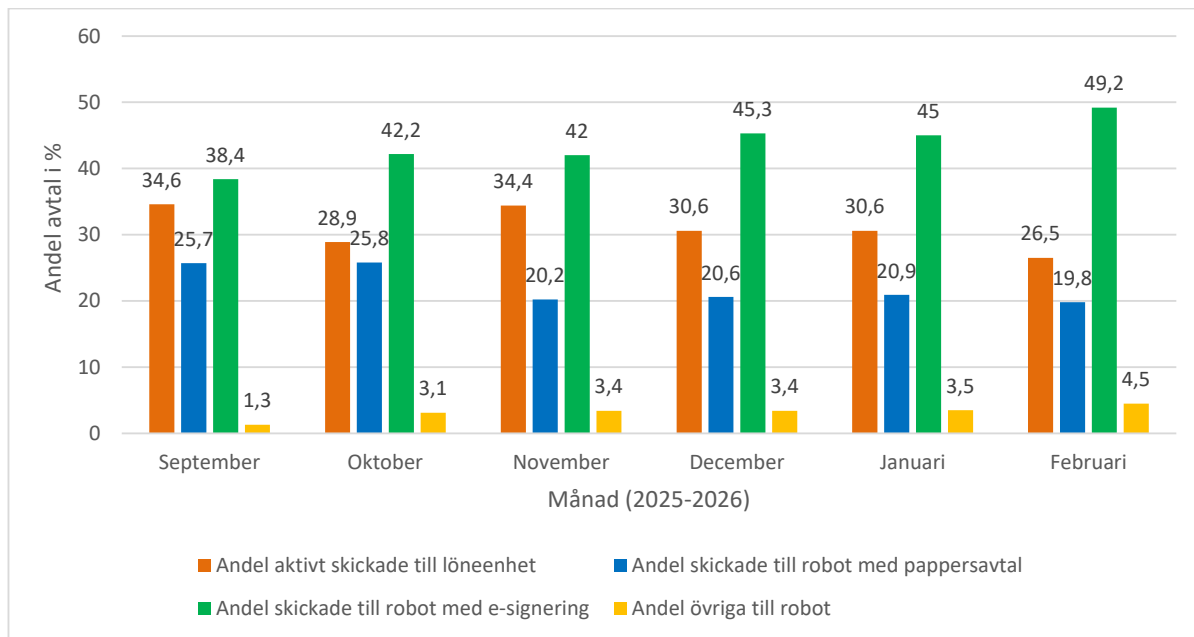
En baslinjemätning genomfördes hösten 2024 av andelen avtal som går via robot och e-signering (se figur 1).

Figur 1 Baslinjemätning sept-dec 2024: Andel skickade avtal i %.



Figur 2 visar utvecklingen under förbättringsarbetets senare del. Chefer har skattat att det sparas cirka 25 minuter per avtal som e-signeras i stället för pappersavtal.

Figur 2 Uppföljning under förbättringsarbete under Sept 2025-Feb 2026, andel skickade avtal i %.



Systematiska mått saknades för hälsodeklarationer och urvalsfrågor, vilket utgjorde en kvalitetsbrist. Att ta fram mätningen blev i sig en förbättring då den skapade gemensam förståelse och stödde reflektion datadrivet lärande samt vägleda nästa steg.

Resultat

Ett fungerande system för digitalisering av hälsodeklarationen identifierades, och innehållet justerades tillsammans med smittskyddsenheten samt testades i en verksamhet. I väntan på upphandling har underlag förberetts för att möjliggöra en smidig integration. Ett bifynd var att vissa chefer inte kände till hälsodeklarationen, vilket inte sparar tid men att arbeta med det kan stärka kvaliteten framåt. Starten av urvalsfrågor uteblev p.g.a. undanträngning från andra förbättringsarbeten. Användning av robot ökade med i snitt 19,5 % per månad, varav andelen avtal med e-signering nu är i snitt 43,6% jämfört med 25,4% 2024 (se figur 2). Det motsvarar 11 minuter per avtal eller omvandlat 36 h chefstid per månad men når ej målet fullt ut. Utöver tid för chef sparar löneenhet uppskattningsvis 10 minuter per avtal genom robot.

Nästa steg

Nästa steg är att integrera den digitaliserade hälsodeklarationen i rekryteringssystemet i samband med kommande upphandling. Arbetet med urvalsfrågor har påbörjats våren 2026. För robot och e-signering bryts statistiken framåt ned på områdesnivå för ökad kännedom och riktat stöd utifrån lokala behov, samtidigt som e-signering breddas till fler anställningsformer och efterfrågan från chefer ökar. En viktig lärdom är att digitalisering i grunden handlar om människor och arbetssätt och om kraften i uppföljning. Tidiga samverkan mellan stödfunktioner och nära dialog med chefsreferensgruppen stärkte samsynen och bedöms öka hållbarheten i förändringarna.

Kontaktuppgifter

Namn: *Natalie Fors*

Email: natalie.fors@dom.se

Arbetsgivare: Domstolsverket (förbättringsarbetet genomfördes i Region Jönköpings län)

Enhet: HR-avdelningen

Ingen ska behöva vänta på tandvård – förbättrad tillgänglighet genom teamarbete

Bakgrund

Bristande tillgänglighet till tandvård är ett problem i stora delar av Sverige med försämrade hälsa som konsekvens. En bidragande orsak är brist på tandläkare. Detta ställer krav på tandvården att arbeta mer effektivt och använda teamets samlade kompetens bättre. Förbättringsarbetet genomfördes på en privat tandvårdsklinik i Östersund och syftade till att kunna hjälpa fler patienter genom utvecklat teamarbete och ökad delegering av arbetsuppgifter till tandsköterskor.

Patientinvolvering

Fyra patienter deltog i ett patientråd och intervjuades individuellt. Dialog fördes om tillgänglighet, kommunikation och teamtandvård. Patienternas perspektiv bidrog till utvecklingen av rutiner och arbetssätt för att stärka tillgängligheten och skapa en mer patientcentrerad vård med ett tryggt omhändertagande.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att öka tillgängligheten till tandläkare. Målet sattes till att öka antal besök per tandläkartimme från i genomsnitt 1,36 till 1,80 under perioden 1 september 2025 till 1 mars 2026. Vid målpuppfyllnelse innebär detta att en heltidsarbetande tandläkare kan genomföra drygt 550 fler besök per år.

Förändringsidé

För att öka klinikens kapacitet testades en strukturerad arbetsfördelning mellan tandläkare och tandsköterskor för två team på kliniken. Arbetsuppgifter som inte krävde tandläkarkompetens identifierades och delegerades till tandsköterskor inom ramen för gällande regelverk. Receptionisterna som ingick i teamen arbetade med en mer komplex bokningsstruktur för att optimera tandläkartiden. Nya rutiner utvecklades för att bättre nyttja den samlade kompetensen. Fokus låg därefter på att stödja samarbete och kommunikation mellan teammedlemmarna genom reflektions- och dialogövningar. Förändringarna testades och justerades iterativt i verksamheten och följdes över tid.

I Figur 1 ses tidigare bokningsstruktur, och i Figur 2 visualiseras den nya bokningsstrukturen.

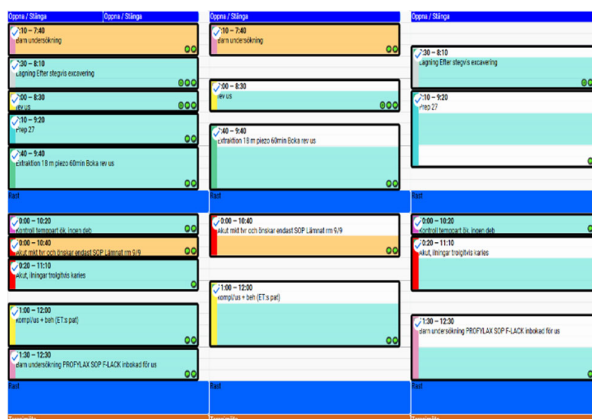
Figur 1

Tidbok i Muntra före införande av teamarbete. Tandläkare och tandsköterska arbetar i ett behandlingsrum.



Figur 2

Tidbok i Muntra efter införande av teamarbete. Tandläkaren arbetar med två tandsköterskor på två behandlingsrum (de två högra kolumnerna). Vit tid visar tandskötersketid, blå/orange gemensam behandlingstid som summeras i tandläkarens tidbok (den vänstra kolumnen).

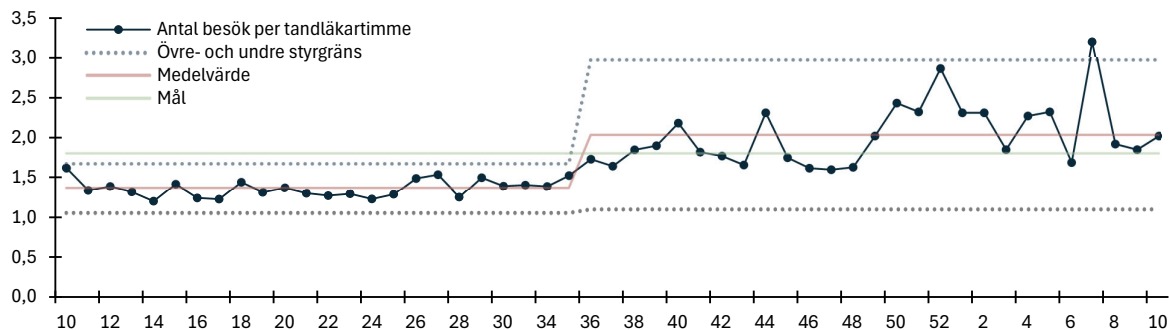


Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förbättringsarbetet följdes genom veckovis mätning av besök per tandläkartimme. Fyra balanserade mått användes också för att visa effekter på arbetsmiljö, patientnöjdhet, produktivitet och ekonomisk hållbarhet. Nedan redovisas huvudmålet samt ett av de balanserade måtten med fokus på ekonomisk hållbarhet.

Figur 3

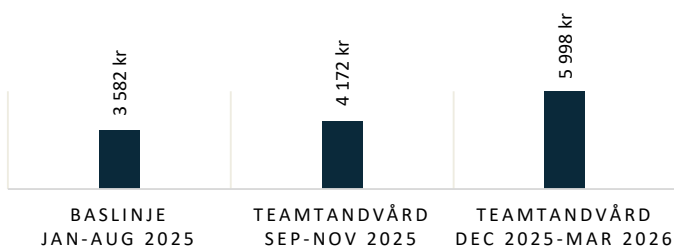
Antal besök per tandläkartimme för två studerade tandläkarteam under vecka 10-52 2025 samt vecka 1-11 2026. Förbättringsarbetet inleddes vecka 36, den 1 september 2025.



Figur 4

Snittdebitering per tandläkartimme för två studerade tandläkarteam.

Förändringsarbetet inleddes vecka 36, den 1 september 2025. Mätningarna avser perioden 1 januari 2025 till 15 mars 2026.



Resultat

I Figur 3 visas en tydlig ökning av besök per tandläkartimme efter förbättringsarbetet påbörjats. Från en tidigare stabil nivå kring 1,36 ses ett nytt genomsnitt runt 2,0, vilket överträffar målet på 1,80. Detta motsvarar cirka 750 fler besök per tandläkare och år.

Även debiteringen per tandläkartimme ökade över tid (Figur 4), vilket indikerar ett effektivt resursnyttjande och en ekonomiskt hållbar förändring, trots tillförd tandsköterskeresurs per team. De största förbättringarna noterades efter att rutiner etablerats och samarbetet fördjupades.

Övriga mått visade också positiva tendenser: bibehållen patientnöjdhet, bibehållen eller förbättrad arbetsmiljö samt en ökad produktivitet i linje med det ökade antal besök.

Nästa steg

Nästa steg i arbetet är att fortsätta utveckla teamtandvården och sprida arbetssättet till fler team. Ett särskilt fokus kommer även ligga på tidboksoptimering för att minska luckor och planera patientflöden mer effektivt. Arbetet med reflektions- och dialogövningar kommer fortsätta, då starkt samarbete visat sig ha stor betydelse för både effektivitet och arbetsmiljö. Utvecklingen kommer följas genom fortsatta mätningar.

Kontaktuppgifter

Namn: Moa Holm

Email: moa.holm@aquadental.se

Arbetsgivare: Aqua Dental

Enhet: Aqua Dental Östersund

Förbättrade förutsättningar genom kunskapsökning och tid för kommunikation ger språkutvecklande arbetsplatser inom hemtjänsten

Bakgrund

Förbättringsarbetet har sin grund i utredningen *Ett språkkrav för språkutveckling*, som belyser brister i det svenska språket inom äldreomsorgen och konsekvenser för brukarnas trygghet och säkerhet. Nationellt pågår informationsträffar, webinarier och arbetsgrupper för att möta den föreslagna ändringen i socialtjänstlagen om arbetsgivarens ansvar att iordningställa en språkutvecklande arbetsplats för att öka den språkliga kompetensen. Genomförandet sker i en hemtjänstgrupp med cirka 80 brukare och 27 omvårdnadspersonal i en mellanstor kommun i södra Sverige.

Brukarinvolvering

Hemtjänstenhetens brukare fick ett informationsbrev om förbättringsarbetet, information om språkutvecklande arbetsplatser och en enkät för att samla in deras synpunkter innan förbättringsarbetets start. I planeringsfasen deltar även en representant från Väntjänsten en lokal brukare- och anhörigorganisation.

Syfte och Mål

Förbättringsarbetet syftar till att utveckla en språkutvecklande arbetsplats för att förbättra kommunikationen med brukarna och därigenom höja kvalitén på vård- och omsorgsinsatserna. För att möjliggöra och förbättra kommunikationen samt utveckla kunskaperna i svenska språket i hemtjänstgruppen integreras ett språkutvecklande arbetssätt i det dagliga arbetet. Avsikten är att skapa hållbara förutsättningar för en förbättrad kommunikation i möten med brukarna och i samarbetet mellan kollegor. Målet är att till den 9 februari 2026 öka omsorgspersonalens kompetens om hur de kan stödja kollegor att utveckla sitt språk från 4,6 till 5,9 på en sjugradig skala samt öka den schemalagda tiden för kommunikation för omsorgspersonalen från 1,4 procent till 1,9 procent av den totala arbetade tiden.

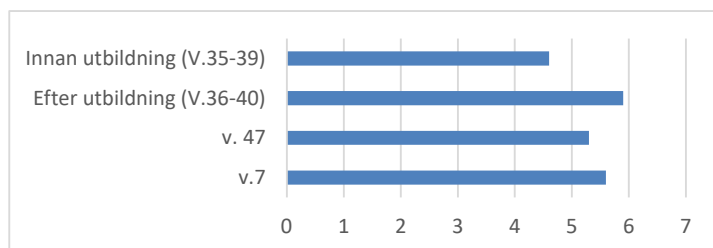
Förändringsidé

Förändringsidé bygger på att organisera arbetet i mindre vårdteam bestående av fyra till åtta omsorgspersonal. Genom att arbeta med mindre grupper skapas bättre förutsättningar för gemenskap, tillit och trygghet i arbetsgruppen vilket kan bidra till kontextbaserad språkinläring. När mindre grupper kombinerat med utbildning i språkutvecklande arbetsplats och ges möjlighet till strukturerad kommunikation genom vårdteamsmöten en gång i veckan skapas goda förutsättningar för en ökad användning av svenska språket. På sikt är förhoppningen att detta förbättra kvalitén omsorgen, stärker den språkliga kompetensen och ökar delaktigheten i arbetsgruppen.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Figur 1

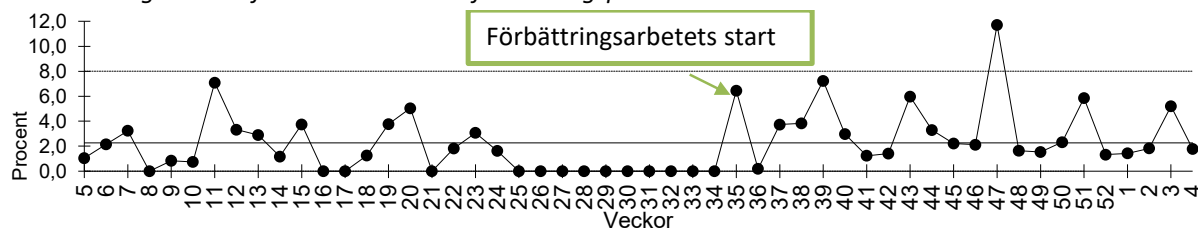
Omsorgspersonalens svar på frågan: Jag vet hur jag kan göra för att stödja kollegor att utveckla språket



Förbättringsarbetets effekter följs och analyseras. Figur 1 redogör för hur omsorgspersonalen upplevde att de visste hur de kan stödja kollegor att utveckla språket och figur 2 visar den schemalagda tiden för kommunikation för omsorgspersonalen.

Figur 2

Den schemalagda tiden för kommunikation för omsorgspersonalen



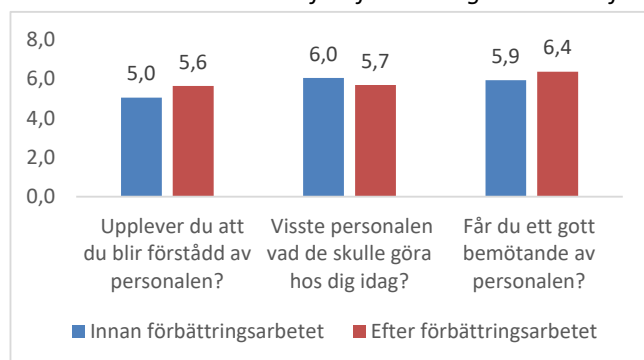
Kommentar. Styrdiagrammet visar den procentuella tiden för kommunikation per vecka

Resultat

Förbättringsarbetets första mål uppnåddes direkt efter utbildningstillfället då medelvärdet steg från 4,6 till 5,9 men sjönk några veckor senare till 5,3 och steg något vid sista uppföljningen till 5,7 (se Figur 1). Sammantaget har resultatet rört sig från ett neutralt till hög igenkänning av att omsorgspersonalen vet hur de kan göra för att stödja kollegors språkutveckling. Förbättringsarbetets andra mål var att öka den schemalagda tiden för kommunikation för de 27 omsorgspersonalen från 1,4 procent till 1,9 procent. Under veckorna 5–34 uppgick medeltiden till 1,4 procent vilket motsvarar 12 timmar i veckan. Under sommarveckorna 25–34 låg ingen tid inplanerat för kommunikation. Mellan veckorna 35–4 når förbättringsarbetet målet då medeltiden för kommunikation ligger på 3,4 procent vilket motsvarar 35 timmar i veckan (se Figur 2).

Figur 3

Brukarnas svar innan och efter förbättringsarbetet utifrån tre frågor



I figur 3 presenteras brukarnas svar från den enkät som genomfördes innan och efter förbättringsarbetet för att fånga deras upplevelser. Resultatet visar en ökning av att brukarna upplever att de blir förstådda av personalen och får ett gott bemötande samt en försämring av att personalen visste vad de skulle göra hos brukaren den aktuella dagen.

Nästa steg

Förbättringsinterventionen har genererat insikter om betydelsen av systematisk involvering av såväl brukare som omsorgspersonal för att säkerställa behovsanpassade och ändamålsenliga insatser. Interventionen genomfördes initialt inom en hemtjänstenhet och två särskilda boendeenheter. Med utgångspunkt i det sammanställda resultatet pågår en planering för ett strategiskt implementeringsarbete i kommunen med fokus på skalbarhet och trohet till interventionens kärnkomponenter. Erfarenheterna sprids regionalt i olika samverkansformer och kommer även att presenteras nationellt vid rikskonferensen för Vård- och omsorgscollege i december 2026.

Kontaktuppgifter

Namn: Gabriella Jörgensen

Email: rebekalukas@hotmail.com

Arbetsgivare: Hallsbergs kommun

Enhet: Hemtjänst (Hemsidan: <https://spraketapajobbet.podbean.com/e/avsnitt-25-projektet-sprakets-kraft-%e2%80%93-en-ny-dimension-av-aldreomsorgen/>)

Ökad användning av föräldraskapsstöd genom socionomer i förskola

Bakgrund

Relationen mellan barn och föräldrar är en av de starkaste prediktorerna för barns psykiska hälsa och välbefinnande. Föräldraskapet är en påverkbar faktor, vilket gör stöd till föräldrar centralt i förebyggande arbete. En förutsättning för att nå föräldrar tidigt är att stöd erbjuds i sammanhang där de befinner sig. I Malmö har ett arbetssätt etablerats där förskolesocionomer verkar i förskolan med uppdrag att erbjuda föräldraskapsstöd och fungera som länk mellan förskola och socialtjänst. Uppföljning visade att arbetssättet i begränsad utsträckning omsattes i praktiken, med få individuella kontakter. Mot denna bakgrund initierades ett förbättringsarbete med fokus på att öka användningen av stödet.

Brukarinvolvering

Eftersom arbetssättet utgick från en ny arena och ett delvis oprövat angreppssätt var föräldrars perspektiv centralt för att säkerställa relevans. Föräldrars perspektiv inkluderades genom semistrukturerade intervjuer om hur stöd bör erbjudas i förskolans vardag. Intervjuerna gav kunskap om vad som främjar trygghet, tillgänglighet och relevans, och användes som underlag i utvecklingen av arbetssättet.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att öka antalet individuella kontakter mellan förskolesocionom och föräldrar i förskolans vardag, genom att tydliggöra roll och uppdrag i samverkan med förskolepersonal samt stärka personalens trygghet i att använda och hänvisa till stödet. Målet var att öka det genomsnittliga antalet individuella kontakter per vecka mellan föräldrar och förskolesocionom med minst 50 % senast den 21 december 2025.

Förändringsidé

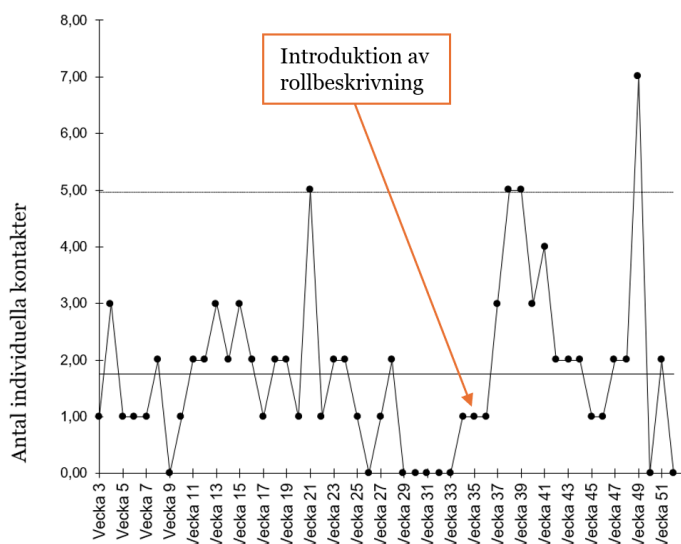
För att öka användningen av föräldraskapsstöd genomfördes ett förbättringsarbete med fokus på att tydliggöra och etablera förskolesocionomens uppdrag i förskolan. En central förändringsidé var att, genom dialogbaserade presentationer och gemensam reflektion med förskolepersonal, stärka förståelsen för uppdraget och tryggheten i att involvera förskolesocionom i frågor som rör föräldrar, i syfte att öka personalens benägenhet att initiera kontakt mellan föräldrar och stöd. Arbetet genomfördes iterativt genom mindre tester av förändringar (PGSA), där en rollbeskrivning prövades och förfinades utifrån strukturerad återkoppling från personal. Presentationerna genomfördes av förskolesocionomerna i anslutning till arbetsplatsträffar och andra mötesforum på fyra utvalda förskolor.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att bedöma om förändringarna innebar en förbättring följdes antal individuella kontakter mellan förskolesocionom och föräldrar per vecka, visualiserat i ett styrdiagram över tid. Som kompletterande mått följdes förskolepersonalens upplevelse av förståelse för uppdraget och trygghet i att hänvisa föräldrar till stöd, genom upprepade mätningar i anslutning till genomförda presentationer av rollbeskrivningen, där värdena utgör medelvärden från flera före- och eftermätningar. Tillsammans bidrar måtten till att belysa både förändringar i förutsättningar (förståelse och trygghet) och i användning (kontakter med föräldrar).

Figur 1

Antal individuella kontakter per vecka mellan förskolesocionom och föräldrar.



Resultat

En ökning i antalet individuella kontakter kan observeras mellan baslinjemätningen (v.10–20) och uppföljningsperioden (v.40–50), motsvarande cirka 23 %, men variationen var fortsatt stor utan tydliga tecken på en stabil nivåförändring eller icke-slumpmässig variation i styrdiagrammet (figur 1). Målet om en ökning med minst 50 % till 21 december 2025 uppnåddes därmed inte. Däremot sågs en tydlig förändring i förskolepersonalens upplevelse av uppdraget efter introduktionen av rollbeskrivningen. Upplevd tydlighet ökade från 3,38 till 4,46 och trygghet i att hänvisa föräldrar till stöd från 3,83 till 4,47 på en femgradig skala (figur 2). Även andelen som uppgav att de visste i vilka situationer stödet kan användas ökade, från 41 procent till 97 procent.

Under arbetets gång försköts dialogen med förskolepersonal från fokus på uppdragets innehåll till hur stödet kan användas i konkreta situationer. En enkät till föräldrar som tagit emot stöd visade samtidigt att erbjudandet via förskolan hade en avgörande betydelse för att de tog emot stödet. Sammantaget indikerar resultaten att förbättringsarbetet bidrog till ökad tydlighet, trygghet och handlingsberedskap hos personalen, även om detta ännu inte återspeglades i en stabil ökning av antalet kontakter.

Nästa steg

Förbättringsarbetet visar att ett tydliggjort uppdrag och ökad trygghet hos förskolepersonal är en viktig förutsättning, men inte tillräckligt för att förändra användningen av stödet. Arbetet behöver därför vidareutvecklas med fokus på hur dessa förutsättningar omsätts i praktisk handling i mötet med föräldrar.

En fortsatt utveckling innefattar att pröva mer systematiska former för att erbjuda stöd, exempelvis genom universella insatser som når fler föräldrar, samt att vidareutveckla sammanhang där förskolesocionomen involveras i verksamheten. Resultaten indikerar samtidigt att förskolan är en relevant arena för att nå föräldrar, vilket ger stöd för att fortsatt utveckla arbetssättet inom denna kontext.

Kontaktuppgifter

Namn: Maja Kronkvist

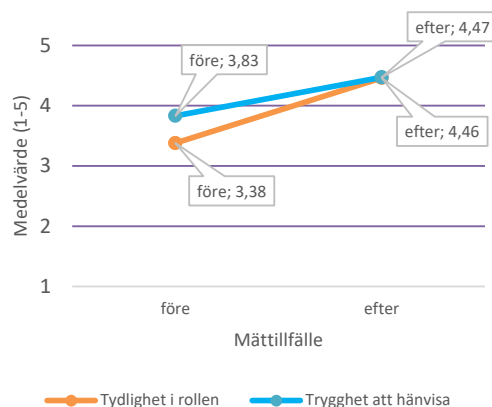
Email: maja.kronkvist@malmo.se

Arbetsgivare: Malmö Stad, Arbetsmarknad- och socialförvaltningen

Enhet: Enhet Förebyggande och tidigt stöd

Figur 2

Förändring i förskolepersonalens upplevda tydlighet och trygghet i att hänvisa före och efter presentation av rollbeskrivningen



Stabilare MR-flöde genom en standardiserad startprocess

Bakgrund

Magnetresonanstomografi (MR) är en avancerad bilddiagnostisk metod som används för att bekräfta, utesluta eller följa upp diagnoser samt planera behandling. Förbättringsarbetet genomfördes på en högspecialiserad MR-avdelning vid Karolinska Universitetssjukhuset där många patienter undersöks dagligen. Den ökande efterfrågan på MR-undersökningar ställer höga krav på planering och samordning. Baslinjemätningar visade att cirka 40 % av undersökningarna startade senare än planerat. För patienterna innebar detta förlängd väntetid och ökad oro inför undersökningen samt risk för försämrad diagnostisk kvalitet när MR-undersökningar behöver utföras inom specifika tidsfönster, exempelvis vid kontrastmedelsundersökningar.

Patientinvolvering

På avdelningen genomförs över 8000 MR-undersökningar årligen, vilket innebär att även mindre förseningar kan beröra många patienter. Patientperspektivet beaktades genom dagliga samtal med patienter i samband med förberedelser inför MR-undersökningen och kompletterades med återkoppling via enkätverktyget HappyOrNot.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att skapa ett mer förutsägbart flöde genom att standardisera startprocessen och tydliggöra ansvarsfördelningen i teamet. Målet var att minska andelen försenade MR-undersökningar från 40 % till 25 % senast i december 2025.

Förändringsidé

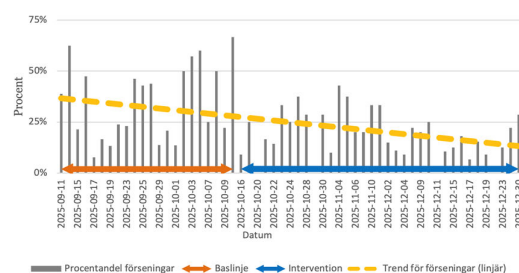
För att skapa en mer förutsägbart start av MR-undersökningar utvecklades ett standardiserat arbetssätt för startmomenten. En gemensam checklista togs fram som stöd för förberedelser inför MR-undersökningar. Ansvar och uppgifter i startprocessen tydliggjordes mellan undersköterskor och röntgensjuksköterskor för att minska otydlighet och variation i genomförandet. Arbetssättet testades och justerades stegvis genom fem PDSA-cykler. Förändringarna prövades i liten skala, följdes upp genom mätning av starttider och justerades utifrån resultaten. Uppföljningen synliggjorde variation och bidrog till en gradvis stabilisering av startförloppet.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att följa utvecklingen över tid genomfördes kontinuerliga mätningar av starttider för MR-undersökningar. Som utfallsmått användes andelen MR-undersökningar som startade för sent (Figur 1), och som processmått andelen undersökningar som startade i tid (Figur 2). Figur 3 visar ett p-diagram över den procentuella andelen försenade MR-undersökningar per dag under mätperioden.

Figur 1

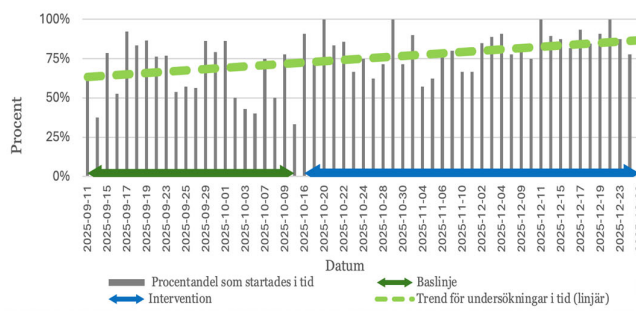
Andel försenade MR-undersökningar per dag



Kommentar. Mätperioden v. 37–52, 2025

Figur 2

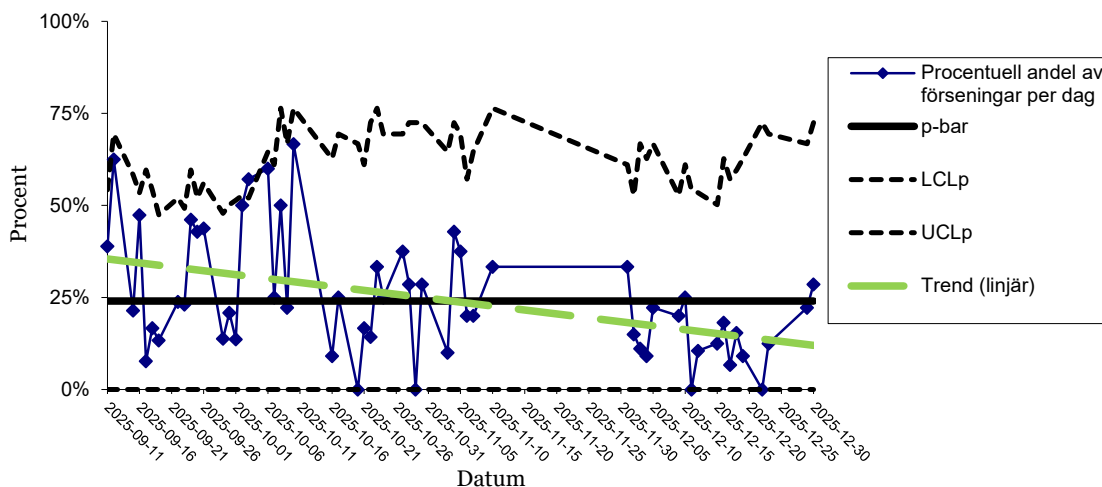
Andel MR-undersökningar startade i tid per dag



Kommentar. Mätperioden v. 37–52, 2025

Figur 3

P-diagram över andelen (%) försenade MR-undersökningar



Kommentar. P-diagram över andelen (%) försenade MR-undersökningar per dag under mätperioden vecka 37–52, 2025

Resultat

Efter införandet av förändringen minskade andelen försenade MR-undersökningar successivt. Fler mätpunkter låg under den tidigare medianen och variationen i starttider minskade över tid, vilket tyder på ett stabilare och mer förutsägbart flöde. Den gemensamma strukturen bidrog även till ett positivt arbetsklimat i teamet.

Nästa steg

Nästa steg är att säkra hållbarheten genom fortsatt uppföljning och integrering av arbetssättet i ordinarie rutiner. Arbetsrutinerna behöver dokumenteras och göras tillgängliga för medarbetare, särskilt vid introduktion av ny personal. Erfarenheterna från förbättringsarbetet kan även bidra till att vidareutveckla undersköterskors kompetens och utgöra en grund för kommande initiativ där undersköterskor i större utsträckning stödjer arbetet på MR-labb. Sammantaget har arbetet lagt en grund för fortsatt systematiskt förbättringsarbete och indikerar hur även mindre förändringar kan bidra till mer stabila arbetssätt, förbättrad kvalitet och en god patientupplevelse.

Kontaktuppgifter

Namn: *Maria Lechowska*

Email: *maria.lechowska@regionstockholm.se*

Arbetsgivare: Karolinska Universitetssjukhuset

Enhet: ME Radiologi (MR)

Samskapad uppföljning av insats utan behovsprövning

Bakgrund

Inom funktionshinderomsorgen i Nässjö kommun erbjuds en insats utan behovsprövning för vuxna med psykisk ohälsa vid den öppna verksamheten Stöd- och återhämtningscenter. Insatsen, som benämns stödinsats, är ett individuellt och tidsbegränsat stöd som syftar till att vara lättillgängligt när behov och motivation finns samt att stödja återhämtning. Stödet kan exempelvis handla om vägledning i vardagen, kartläggning av behov och stöd i kontakter med myndigheter. Inom verksamheten finns en uppfattning om att stödinsatsen fungerar väl, men det har saknats ett systematiskt och samskapat sätt att följa upp om stödet möter brukarnas behov, vilket begränsat möjligheten till lärande och kvalitetsutveckling i verksamheten.

Brukarinvolvering

Brukare involverades från början genom ett samskapande arbetssätt. En person med egen erfarenhet (peer) deltog i projektgruppen och bidrog i utvecklingen av enkät och arbetssätt. Erfarenheter samlades in via enkät och användes som underlag för dialogmöte där brukare och personal gemensamt identifierade förbättringsområden.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att utveckla och pröva ett verksamhetsnära arbetssätt för systematisk uppföljning av stödinsatsen. Målet var att senast 1 december 2025 ha infört ett arbetssätt för uppföljning via enkät med minst 70 % svarsfrekvens, samt att brukare och personal senast 9 december 2025 gemensamt identifierat minst ett förbättringsområde utifrån resultaten.

Förändringsidé

Förändringsidén var att utveckla ett återkommande arbetssätt för systematisk uppföljning av stödinsatsen. Arbetssättet fyra delar:

1. Datainsamling genom en enkät till brukare
2. Sammanställning och visualisering av resultat
3. Dialogmöte mellan brukare och personal
4. Prioritering av förbättringsåtgärder

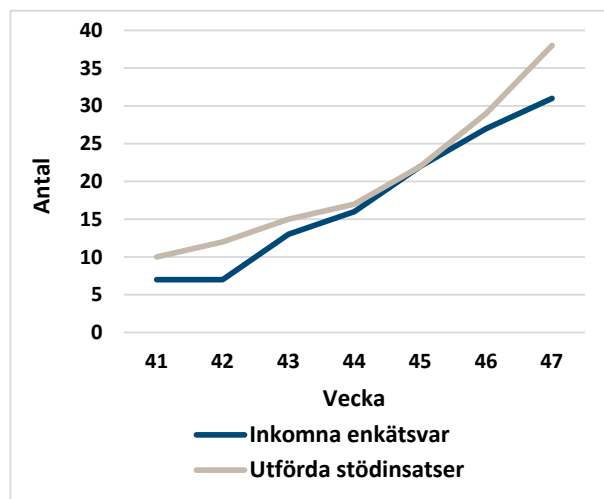
Arbetssättet utvecklades och testades genom flera PDSA-cykler där bland annat enkätfrågor, informationsbrev och struktur för dialogmöten successivt förbättrades. Syftet var att skapa ett enkelt och hållbart arbetssätt som kan användas i verksamhetens ordinarie kvalitetsarbete. Brukarnas återkoppling användes som en central del i analys och prioritering av förbättringsåtgärder.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

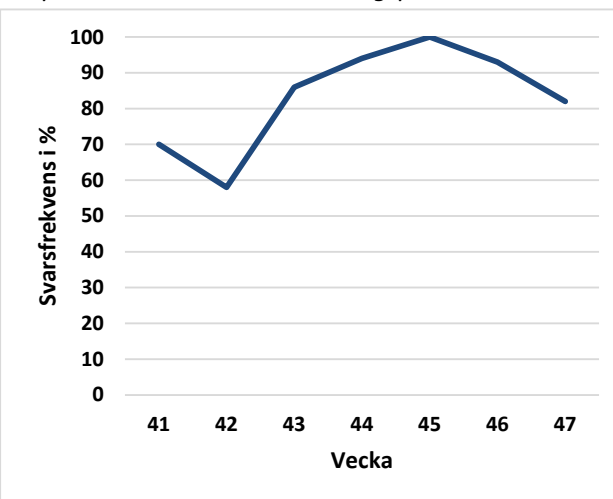
För att följa upp införandet av arbetssättet mättes svarsfrekvensen i enkätuppföljningen samt relationen mellan utförda stödinsatser och inkomna enkätsvar under datainsamlingsperioden. Målet var att uppnå minst 70 % svarsfrekvens. Mätningarna genomfördes veckovis för att följa utvecklingen över tid. Därutöver följdes om dialogmötet resulterade i att brukare och personal gemensamt identifierade minst ett förbättringsområde utifrån resultaten.

Figur 1

Svarsfrekvens i enkätuppföljningen vecka 41–47.

**Figur 2**

Antal utförda stödinsatser och inkomna enkätsvar per vecka under datainsamlingsperioden.



Resultat

Enkätuppföljningen genomfördes under sju veckor och omfattade totalt 38 stödinsatser. Av dessa genererade 31 enkätsvar, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 82 %, vilket översteg målet på 70 %. Resultaten visade genomgående hög tillgänglighet och ett gott bemötande. Majoriteten av brukarna uppgav att det var lätt att komma i kontakt med verksamheten och att de fick det stöd de behövde. Nästan samtliga uppgav att de var nöjda med insatsen och att de skulle rekommendera den till andra. Genom dialogmöten där brukare och personal gemensamt analyserade resultaten identifierades flera förbättringsområden.

Arbetsättet, som bedömdes fungera väl, synliggjorde genom dialogmöte ett behov av tydligare gränsdragning mellan den individuella stödinsatsen och mer informella kontakter. Förslaget lyftes av brukare och bidrog till ett förtydligande av två stödformer, vilket formaliserades genom en tjänsteskrivelse och beslutades av socialnämnden i Nässjö kommun.

Nästa steg

En viktig lärdom från förbättringsarbetet är betydelsen av att samskapa uppföljningen tillsammans med brukare redan från start. Genom att involvera personer med egen erfarenhet i utvecklingen av enkät och arbetssätt ökade relevansen i frågorna och förståelsen för vad som är viktigt att följa upp. Arbetet visade också att systematisk uppföljning behöver vara enkel och integrerad i verksamhetens ordinarie arbetssätt för att fungera över tid. Enkäten och dialogmötena skapade ett konkret underlag för gemensam reflektion mellan brukare och personal. Det framtagna arbetssättet kommer nu att användas årligen som en del av verksamhetens systematiska uppföljning. Arbetssättet kommer även spridas till de verksamheter inom funktionshinderomsorgen som kommer börja erbjuda insatser utan behovsprövning.

Kontaktuppgifter

Namn: Daniel Mannerström

Email: daniel.mannerstrom@nassjo.se

Arbetsgivare: Nässjö kommun

Enhet: Funktionshinderomsorgen

Från otydlighet till delaktighet – ett förbättringsarbete om genomförandeplaner inom LSS

Bakgrund

Stockholms stads program för delaktighet betonar vikten av att stärka kunskap om rättigheter hos personer med funktionsnedsättning. Samtidigt, på en daglig verksamhet i Stockholm identifierades ett behov av att öka brukares kunskap för genomförandeplaner inom LSS, som är en rättighetslag. Genomförandeplaner är viktiga för att planera och följa upp stöd tillsammans med den enskilde men kan upplevas som svåra att förstå på grund av ett byråkratiskt språk vilket begränsar delaktighet. Mot denna bakgrund initierades ett förbättringsarbete med fokus på lärande om genomförandeplaner. Arbetets avsikt var att stärka brukarnas kunskap i området och tillvägagångssättet resulterade i två olika lärandestillfällen som erbjöds till fyra avdelningar inom verksamheten varpå sju brukare deltog totalt.

Brukarinvolvering

Ett begränsat intresse bland brukarna identifierades under hösten 2025 vilket återspeglas i deltagarantalet med endast fyra brukare vid första tillfället respektive sju under det andra tillfället. För de brukare som visade intresse har förbättringsarbetet genomförts i nära dialog och utformats utifrån deras egna önskemål om lärande.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att stärka brukarnas kunskap om genomförandeplaner och därigenom förbättra deras möjligheter att bli delaktiga i den. Förbättringsarbetets mål var att majoriteten av brukarna uppges en ökad kunskap om genomförandeplaner senast den 31 december 2025.

Förändringsidé

Förbättringsarbetet utgick ifrån förbättringskunskap med stöd av Nolans förbättringsmodell och PDSA-cykler. Vid det första tillfället genomfördes ett kunskapsquiz om genomförandeplaner där två av frågorna användes som baslinje. Det andra tillfället var en workshop där brukarna fick lära sig mer om genomförandeplanens innehåll genom interaktiva övningar och gemensamma reflektioner. I samband med workshopen genomfördes en uppföljande mätning där baslinjefrågorna upprepades för att möjliggöra en jämförelse av kunskapsutveckling mellan första och andra lärandetillfället.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förbättringen bedömdes utifrån två delar:

1. Förändrade svar på baslinjefrågor från kunskapsquizet mellan första och andra lärandetillfället
2. Brukarnas egen upplevelse av ökad kunskap.

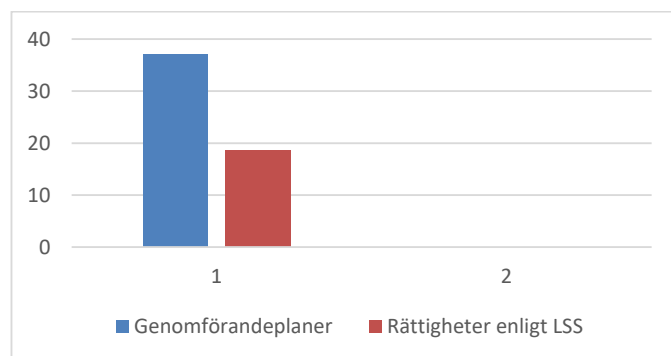
Endast en av fyra brukare svarade rätt på baslinjefrågorna när de ställdes första gången. Vid den uppföljande mätningen tillkom tre brukare vilket innebar att totalt sju deltog i workshopen. Fyra av dessa hade även svarat på kunskapsquizet vilket möjliggör en viss jämförelse inom gruppen även om resultatet kan ha påverkats av fler deltagare. Med syftet att främja lärandet följdes felaktiga svar upp med det korrekta svaret på frågan under båda tillfällena vilket möjliggjorde ett lärande i stunden i enlighet med förbättringsarbetets syfte. Även under en reflektionsstund med förändringsledare uppgav alla brukare att de lärt sig något nytt vid båda tillfällena. Se nedan tabell för resultat av mätningarna och den upplevda kunskapsutvecklingen.

Tabell 1*Baslinjemätning, uppföljande mätning och reflektionsfråga*

Baslinjefrågor:	Resultat: Kunskapsquiz	Resultat: Workshop
Måste du ha en genomförandeplan?	1 av 4 svarade rätt	7 av 7 svarade rätt
Varför är genomförandeplaner bra att ha?	1 av 4 svarade rätt	7 av 7 svarade rätt
Reflektionsfråga: Har du lärt dig något nytt?	4 av 4 svarade ja	7 av 7 svarade ja

Kommentar. Tabellen visar kunskapsutveckling mellan två lärandetillfällen

I syfte att stärka resultatet ytterligare gjordes en kompletterande mätning som visar att brukarna hade en högre andel felaktiga svar på frågor om genomförandeplaner (37%) jämfört med generella frågor om deras rättigheter enligt LSS (18,5%). Detta stärker den tidigare tolkningen om att förståelsen för genomförandeplaner är begränsad bland brukare på den dagliga verksamheten. Se följande figur för resultat.

Figur 1*Andelen felaktiga svar per kunskapsområde*

Kommentar. Kompletterande mätning av kunskap om genomförandeplaner och rättigheter enligt LSS.

Resultat

Resultatet visar en kunskapsutveckling på gruppnivå då svarsmönstret förändrades mellan mättillfällena. Samtidigt bör resultatet tolkas med försiktighet då antalet deltagare var begränsat. Det subjektiva måttet på upplevd kunskap fångar brukarnas egen erfarenhet av lärande men säger inte nödvändigtvis något om faktiskt kunskapsnivå över tid. Samtidigt är måttet relevant i relation till förbättringsarbetets syfte som varit att öka kunskap om genomförandeplaner och således skapa bättre förutsättningar till delaktighet. Förbättringsarbetets mål har uppnåtts då alla brukare uppgav att det har lärt sig något nytt om genomförandeplaner.

Nästa steg

En viktig lärdom är att förändringsarbete nära brukaren ger tydliga och direkt märkbara effekter även i liten skala. Som nästa steg kan lärandetillfällena utvecklas och provas i större skala för att nå fler brukare.

Kontaktuppgifter

Namn: Hibak Mohamed Dubad

Email: hibadubad@gmail.com

Från avvikelse till förbättring – mot en lärande organisation i ett fastighetsbolag

Bakgrund

Avvikelsehantering är central i kvalitetsarbetet i ett kommunalt fastighetsbolag, där brister kan påverka säkerhet och funktion i lokaler som verksamheter och invånare är beroende av. I verksamheten identifierades variationer i hur avvikelser rapporterades, följdes upp och återkopplades, vilket begränsade lärande och förbättring. Bristande återkoppling riskerade även att påverka upplevelsen hos verksamheter och medarbetare. Förbättringsarbetet genomfördes i hela organisationen som en del av utvecklingen av ett integrerat ledningssystem enligt ISO 9001 (kvalitet) och ISO 14001 (miljö).

Kundinvolvering

Kundperspektivet beaktades indirekt genom att förbättringsarbetet fokuserade på att stärka återkoppling och kvalitet i avvikelsehanteringen internt i organisationen.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att utveckla och testa en strukturerad återkopplingsmodell i avvikelsehanteringen för att stärka lärande, tydliggöra ansvar och skapa en mer enhetlig process. Genom förbättrad återkoppling ska avvikelser i högre grad leda till åtgärder och lärande, vilket bidrar till ökad kvalitet, trygghet och funktion i verksamheten.

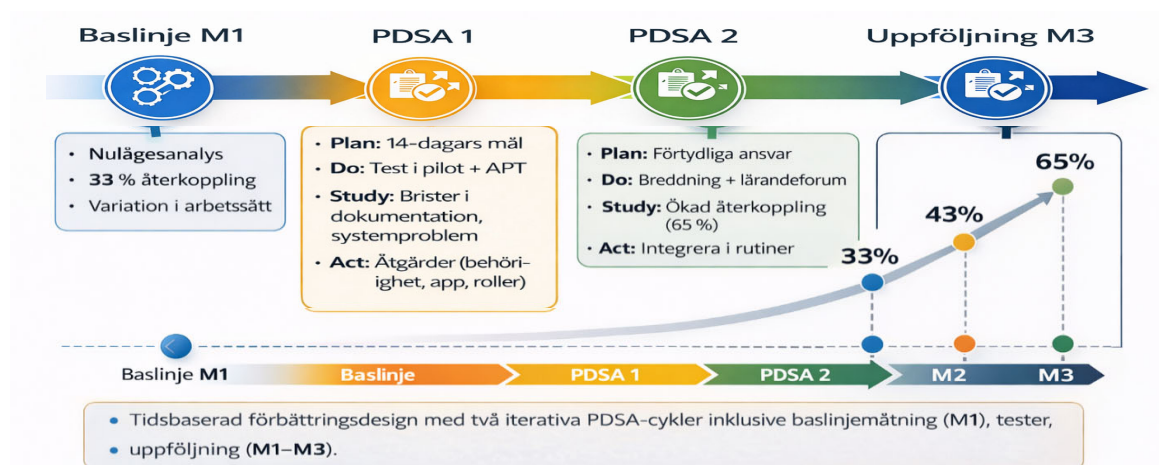
Målet var att minst 80 % av rapporterade avvikelser skulle ha dokumenterad återkoppling inom 14 dagar senast den 31 mars 2026.

Förändringsidé

En strukturerad återkopplingsmodell infördes i avvikelsehanteringen med ett tydligt mål om återkoppling inom 14 dagar. Arbetet genomfördes genom två PDSA-cykler. I den första cykeln testades modellen i mindre skala för att identifiera hinder kopplade till system, ansvar och arbetssätt. I den andra cykeln vidareutvecklades modellen genom utökad testning, lärandeforum och förtydligande roller. Identifierade hinder åtgärdades löpande och arbetssättet integrerades successivt i ordinarie rutiner.

Figur 1

Förbättringsdesign för strukturerad återkoppling inom avvikelsehantering (baslinje, PDSA-cykler och uppföljning).

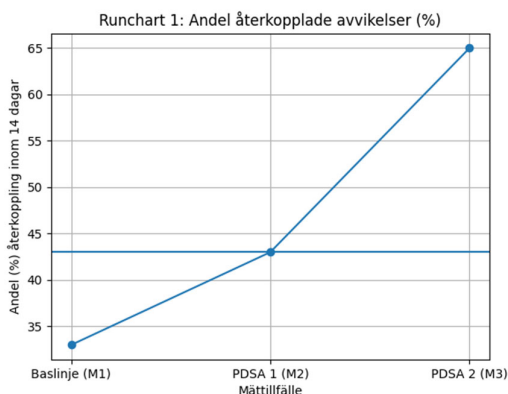


Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att bedöma om förändringen ledde till en förbättring följdes utvecklingen av avvikelshanteringens över tid genom upprepade mätningar (M1–M3). Särskilt fokus låg på andelen avvikelser med dokumenterad återkoppling inom 14 dagar, antal förfallna ärenden samt variation mellan enheter. Två runcharts användes för att visualisera utvecklingen (Figur 2-3):

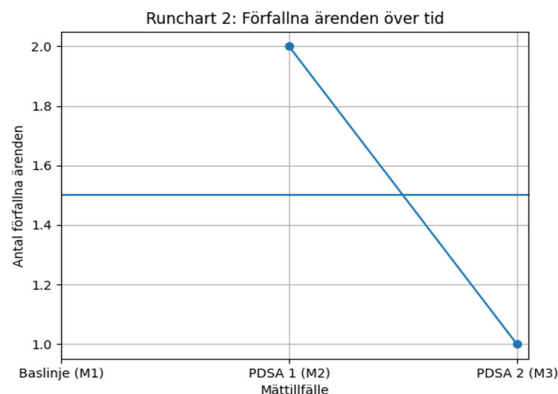
Figur 2

Andel (%) avvikelser med dokumenterad återkoppling inom 14 dagar över tid (baslinje M1–PDSA 2 M3). Medianlinjen visar processens centrala nivå.



Figur 3

Antal förfallna ärenden utan dokumenterad återkoppling över tid (M2–M3). Medianlinjen visar variation i processen.



Resultat

Resultatet visar en tydlig förbättring i avvikelshanteringens. Andelen avvikelser med dokumenterad återkoppling inom 14 dagar ökade från 33 % (M1) till 43 % (M2) och vidare till 65 % (M3), samtidigt som antalet förfallna ärenden minskade och variationen mellan enheter reducerades.

Under arbetets gång identifierades tekniska och strukturella hinder, såsom brister i systemfunktionalitet och otydlighet i ansvar. När dessa åtgärdades förbättrades förutsättningarna för ett mer enhetligt arbetssätt samt stärktes medvetenhet och dialog mellan chefer och medarbetare.

Slutsats: Den strukturerade återkopplingsmodellen bidrog till en mer systematisk och lärande avvikelshantering, även om målet om 80 % inte uppnåddes fullt ut.

Nästa steg

För att säkerställa en hållbar förbättring behöver arbetssättet implementeras i hela organisationen och följas upp genom nyckeltal och regelbunden analys. Fokus framåt är att nå målet om 80 % återkoppling inom 14 dagar, minska kvarstående variation samt vidareutveckla analys av orsaker till avvikelser. Arbetet kommer även att integreras i ledningssystemet och kopplas tydligare till riskhantering och ständiga förbättringar enligt ISO 9001 och ISO 14001.

Kontaktuppgifter

Namn: Sadaf Moheb

Email: sadaf.moheb@kraftstaden.se

Arbetsgivare: Kraftstaden Fastigheter Trollhättan AB

Tidig postoperativ mobilisering- ett sätt att främja återhämtning

Bakgrund

Tidig mobilisering efter bukkirurgi har länge rekommenderats för att förebygga postoperativa komplikationer. Idag finns evidens för att tidig postoperativ mobilisering har positiva effekter, bl.a. på respiration och välbefinnande. Trots detta saknas riktlinjer för vilka patienter som bör mobiliseras tidigt och hur tidigt mobilisering bör ske efter operation. Genom att införa ett strukturerat arbetssätt för tidig postoperativ mobilisering ökar möjligheten att patienterna får en god, säker och jämlik vård av hög kvalitet. Förbättringsarbetet genomfördes på Postop, en uppvakningsavdelning på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Årligen vårdas ca 11 500 patienter och bukkirurgi, gynekologisk kirurgi och operationer på prostata är vanligt förekommande operationer.

Patientinvolvering

I planeringen av förbättringsarbetet deltog inga patienter. Under förbättringsarbetet undersöktes patientens perspektiv av tidig mobilisering med syfte att användas som drivkraft i förbättringsarbetet.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet är att fler patienter som genomgår bukkirurgi ska mobiliseras tidigt på Postop. Det övergripande målet med förbättringsarbetet var att öka andelen patienter som mobiliseras tidigt med syfte att främja patienternas återhämtning och förkorta vårdtiden på Postop. Genom att införa nya strukturerade arbetssätt skulle minst 75 % av de patienter som genomgått robotassisterad gynekologisk kirurgi mobiliseras inom 90 minuter efter ankomst till Postop. Målet skulle vara uppnått 28 februari 2026.

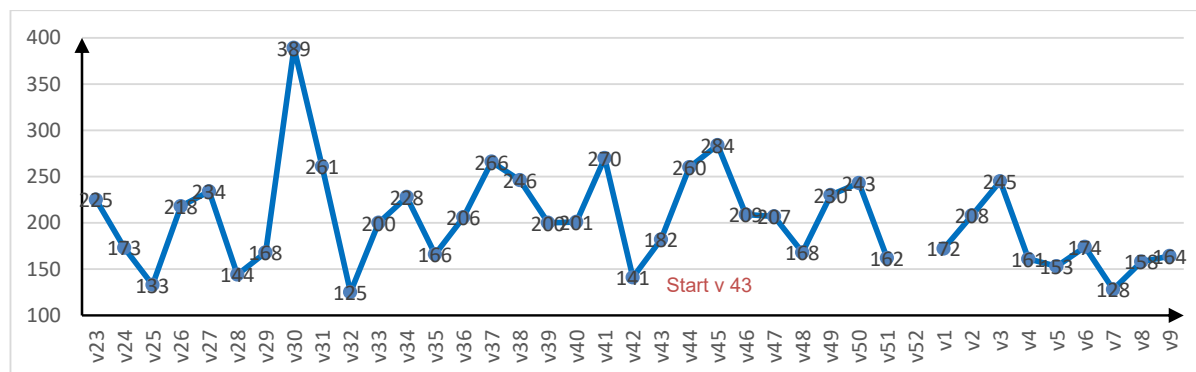
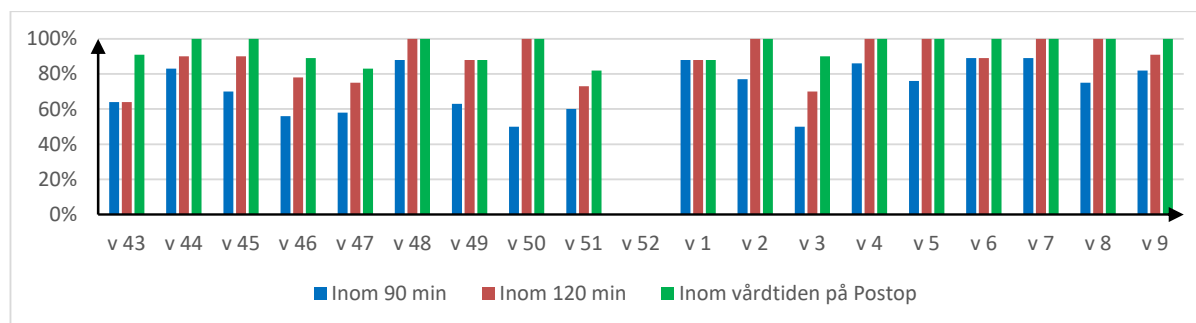
Förändringsidé

Förändringsidén var att utveckla, testa och införa nya strukturerade arbetssätt för att möjliggöra tidig postoperativ mobilisering. Utifrån en påverkansanalys identifierades förändringsidéer som testades med PDSA-cykler i en iterativ process. Förändringsidéerna syftade till att:

- Förbättra kommunikationen mellan vårdledare och fysioterapeut
- Visualisera flödet på avdelningen för att skapa en gemensam bild av flödet och därigenom minska informationsasymmetrin
- Testa ett nytt arbetssätt där en sjuksköterska fick en roll som resurs

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förbättringsarbetet har utgått från Nolans förbättringsmodell. En familj av mått har använts för att mäta i olika perspektiv och för att kunna följa om förändringarna ledde till förbättringar. Det saknas baslinjemätning för andel patienter som mobiliserats innan förbättringsarbetet startade. Dels har den valda patientgruppen inte mobiliserats tidigare om de inte har haft ett specifikt behov av mobilisering, dels saknas rutiner för dokumentation och datainsamling. För vårdtider finns en baslinjemätning från vecka 23–42. Förbättringsarbetet startade vecka 43 2025.

Figur 1*Medelvårdtid i minuter***Figur 2***Andel patienter mobiliserade på Postop*

Kommentar. Inom vårdtiden på Postop avser den totala andelen patienter som mobiliserats innan utskrivning i den aktuella patientgruppen. Vecka 52 opererades inga patienter i den aktuella gruppen.

Resultat

Resultatet visar att det smarta målet uppnått. Förbättringsarbetet har bidragit till att fler patienter mobiliserats tidigt samtidigt som vårdtiden på Postop minskat för den aktuella patientgruppen. Vid projektets avslut var andelen patienter som mobiliserats inom 90 minuter 82 % Medelvårdtiden på Postop har minskat från 213 minuter till 194 minuter, dvs. en minskning med 19 minuter.

Nästa steg

Arbetet med tidig postoperativ mobilisering kommer att fortsätta. Under våren 2026 är målet att identifiera de patienter som har riskfaktorer och prioritera dem för tidig postoperativ mobilisering. Genom datainsamlingen har det framkommit ett behov av att se över behandlingen av postoperativ smärta och illamående. Dessa resultat kommer förhoppningsvis att leda till nya förbättringsarbeten. Resultatet av förbättringsarbetet kommer att presenteras i verksamheten för att sedan kunna spridas till andra enheter.

Kontaktuppgifter

Namn: Lena Ottemark

Email: lena.ottemark@regionstockholm.se

Arbetsgivare: Karolinska Universitetssjukhuset

Enhet: Medicinsk Enhet Perioperativ Medicin Solna

Systematisering av munvårdsarbete genom strukturerad hantering av munvårdsavvikelser i vård- och omsorgsboende

Bakgrund

Munhälsa är en viktig del av den äldres hälsa och livskvalitet men brister är vanligt förekommande i vård- och omsorgsboenden. På det aktuella boendet visade återkommande uppföljningar från tandvården på nedsatt munhälsa hos flera brukare samtidigt som inga avvikelser kopplade till munvård rapporterades. Detta indikerade brister i systematik, uppföljning och lärande. Förbättringsarbetet genomfördes på Ekbackens vård- och omsorgsboende i Gislaveds kommun och omfattade cirka 24 brukare och 29 medarbetare/vårdpersonal.

Brukarinvolvering

Brukarnas upplevelse av stöd i munvård följdes upp genom enkät som besvarades av brukare eller med stöd av vårdpersonal. Svarsfrekvensen var 39 % vilket delvis förklaras av kognitiva nedsättningar hos målgruppen.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att stärka patientsäkerheten i munvårdsarbetet på vård- och omsorgsboendet genom att utveckla och införa ett systematiskt arbetssätt för rapportering, analys och uppföljning av munvårdsrelaterade avvikelser. Genom detta skulle risker i munvården synliggöras, hanteras och användas som grund för lärande och förbättring i det dagliga omvårdnadsarbetet.

Målet var att senast 31 januari 2026 öka antalet rapporterade munvårdsavvikelser från noll till minst fem per månad, att minst 80 % av rapporterade munvårdsavvikelser skulle ha en dokumenterad analys och beslutad åtgärd samt att minst 80 % av teamträffarna skulle inkludera strukturerad uppföljning av munvårdsavvikelser.

Förändringsidé

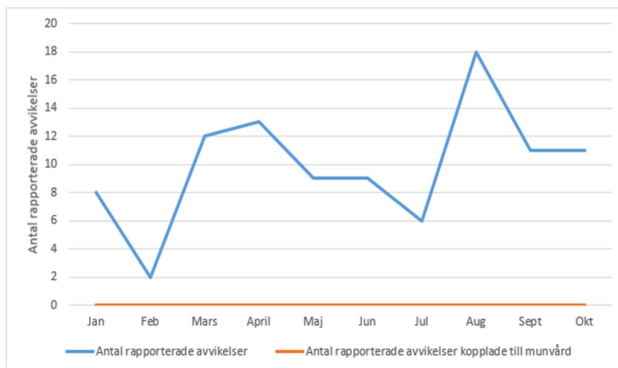
Förbättringsarbetet utgick från antagandet att ökad kunskap i kombination med strukturerad uppföljning i team bidrar till ett mer systematiskt arbetssätt. Genom att stärka vårdpersonalens kunskap förväntades följsamheten till evidensbaserade rutiner öka. Insatserna omfattade riktade utbildningar i munvård, införande av rutiner för rapportering av munvårdsavvikelser samt en checklista för strukturerad uppföljning i tvärprofessionella teamträffar. Avvikelser användes som underlag för gemensam analys och reflektion i teamet. Arbetssätten testades och utvecklades iterativt genom PDSA-cykler i verksamheten.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förbättringen följdes genom både process- och resultatmått. Processmått utgjordes av antal rapporterade munvårdsavvikelser per månad, andel avvikelser med dokumenterad analys och beslutad åtgärd samt andel teamträffar med strukturerad genomgång av avvikelser. Resultatmått utgjordes av andel dokumenterade munhälsobedömningar i Svenska palliativregistret.

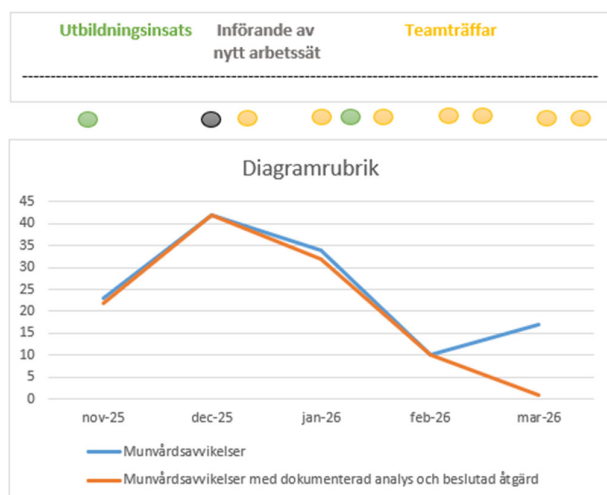
Figur 1

Antal rapporterade avvikelser (jan-okt 2025)

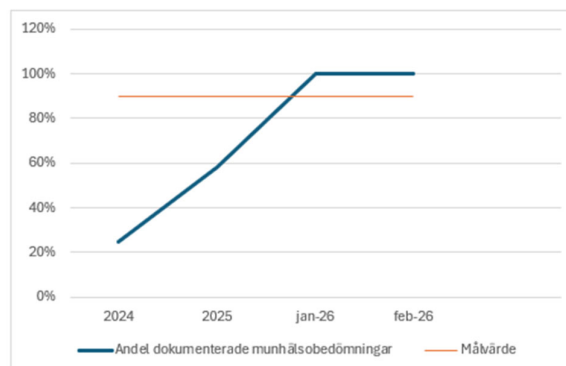


Figur 2

Antal rapporterade munvårdsavvikelser samt antal munvårdsavvikelser med dokumenterad analys och beslutad åtgärd (nov 2025-mars 2026)

**Figur 3**

Andel dokumenterade munhälsobedömningar, sista levnadsveckan



Resultat

Resultaten visar en tydlig utveckling där avsaknaden av rapporterade munvårdsavvikelser i baslinjen (figur 1) följdes av ökad rapportering efter införda åtgärder med över fem avvikelser per månad, vilket uppfyllde målet (figur 2). Under förbättringsarbetet (november–mars) genomfördes totalt sju teamträffar där samtliga inkluderade gemensam analys av rapporterade munvårdsavvikelser. Detta motsvarar en följsamhet på 100 % och överstiger målvärdet på 80 %.

Av figur 2 framgår både antal rapporterade munvårdsavvikelser och antal munvårdsavvikelser med dokumenterad analys och beslutad åtgärd. Sammantaget analyserades och åtgärdades 84 % av avvikelserna vilket indikerar att avvikelser i hög grad användes som underlag för lärande och förbättring i verksamheten. Den lägre andelen i mars förklaras av att flera avvikelser fortfarande var under utredning.

Utvecklingen sammanfaller med en förbättring i andelen genomförda och dokumenterade munhälsobedömningar under sista levnadsveckan. Mätningar från Svenska palliativregistret visar en ökning från 25 % år 2024 till 58,3 % år 2025 och vidare till 100 % under januari och februari 2026, vilket överstiger Socialstyrelsens målvärde på 90 % (figur 3). Resultaten indikerar en förbättring i både arbetssätt och patientsäkerhet.

Nästa steg

Erfarenheter från förbättringsarbetet visar att strukturerad uppföljning, utbildning och teamreflektion kan bidra till ett mer systematiskt munhälsoarbete. Nästa steg blir att sprida arbetet till kommunens resterade sju vård- och omsorgsboenden samt fortsätta utveckla uppföljningen av munhälsa genom regelbundna tematräffar och fortsatt användning av avvikelседata som lärandeunderlag.

Kontaktuppgifter

Namn: *Meliha Pismo*

Email: *melih.pismo@gislaved.se*

Arbetsgivare: Socialförvaltningen, Gislaveds Kommun

Att stärka patientdelaktigheten i Samordnad Individuell Plan (SIP) inom hemsjukvården

Bakgrund

Patientdelaktighet är en central förutsättning för att samordnad individuell plan (SIP) ska fungera som ett personcentrerat och samordnat verktyg. En lokal granskning i hemsjukvården i Lomma kommun visade att 65,2 % av patienterna saknade dokumenterade mål i sina SIP:ar, vilket indikerar en låg grad av patientdelaktighet. Vid baslinjemätningen omfattade verksamheten cirka 220 patienter, främst äldre personer med multisjuklighet, kognitiv svikt och komplexa vårdbehov. Förbättringsarbetet initierades för att stärka patientdelaktigheten, öka tydligheten i målformuleringen och bidra till att SIP används i enlighet med intentionen om personcentrerad och samordnad vård.

Patientinvolvering

Patienterna involverades genom ett strukturerat förberedelseverktyg som bestod av förberedande samtal och stödblanketten *Min Agenda – Inför mitt SIP-möte*. Verktöget gav patienterna möjlighet att i förväg reflektera över sina behov, formulera mål och tydliggöra önskemål, vilket stärkte deras förutsättningar för aktiv delaktighet under SIP-mötet.

Syfte och Mål

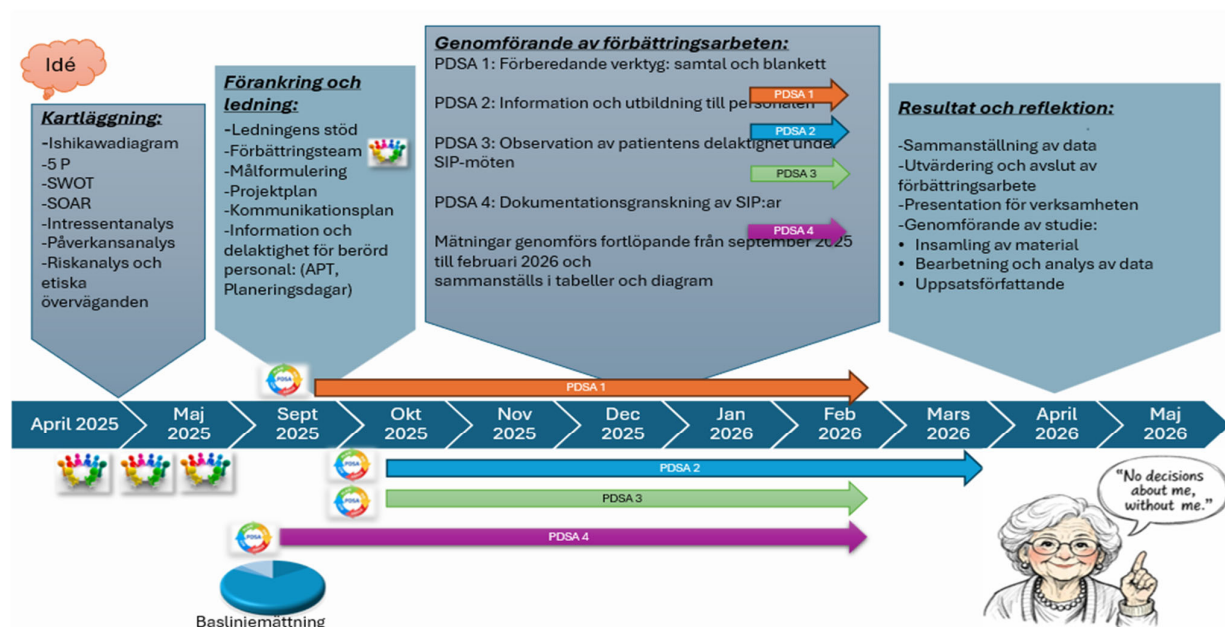
Syftet med förbättringsarbetet var att stärka patientdelaktigheten i SIP inom hemsjukvården i Lomma kommun. Målet var att öka andelen SIP där patientens egna mål eller önskemål dokumenteras från 14,6 % till minst 75 % under perioden 251013–260228.

Förändringsidé

Förändringsarbetet utgick från Nolans förbättringsmodell och genomfördes i fyra PDSA-cykler. Ett förberedelseverktyg för patienter inför SIP utvecklades och kombinerades med observationer, dialog med patienter, dokumentationsgranskningar samt utbildningsinsatser till personal. Åtgärderna syftade till att stärka patientdelaktigheten i både mötet och dokumentationen (Figur 1).

Figur 1

Förbättringsarbetets design från kartläggning och planering till genomförande och reflektion.



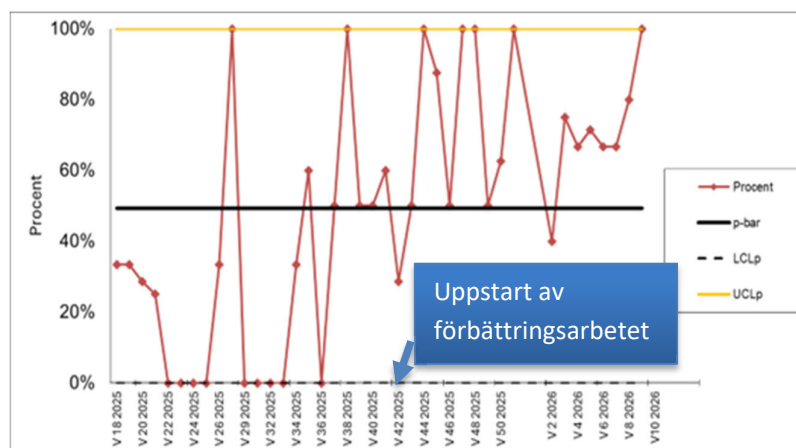
Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Utvecklingen följdes genom återkommande mätningar av SIP-dokumentation och visualiserades i ett P-diagram över tid (Figur 2). Förändringen bedömdes vara en förbättring eftersom andelen SIP med dokumenterade mål/önskemål ökade jämfört med baslinjemätningen (Figur 3).

Figur 2

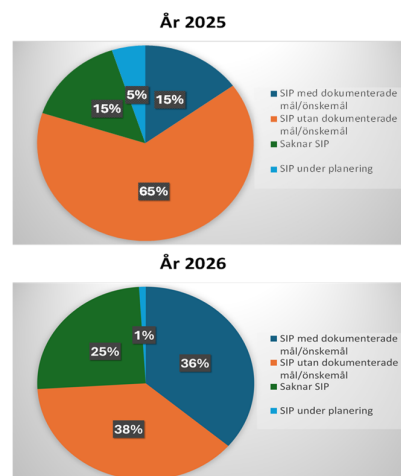
Andel SIP:ar med dokumenterade mål/önskemål.

Y-axel anger andel SIP:ar med dokumenterade mål/önskemål, X-axel vecka och år.



Figur 3

Översikt av SIP-dokumentation



Resultat

Förbättringsarbetet resulterade i ökad dokumentation av patientens egna mål och önskemål i SIP, från 14,6 % vid baslinjemätning till 36 % av 237 granskade SIP under förbättringsarbetets period. Trots vissa veckor med upp till 100 % dokumentation uppnåddes inte målnivån på 75 %. PDSA-cyklerna visade att strukturerade förberedande samtal, riktad information till personal och systematiska observationer kunde stärka patientdelaktigheten och tydliggöra patientens mål för vårdteamet. Även småskaliga insatser, såsom förberedande samtal, bidrog till märkbar förbättring i patienternas upplevda trygghet och delaktighet. Utbildningstillfällen med vårdpersonal ökade uppmärksamheten på patientens mål, vilket ledde till att både läkare, sjuksköterskor och rehab personal i högre grad dokumenterade dessa i SIP. Resultatet indikerar en positiv förskjutning mot målet, med fortsatt behov av uppföljning och utveckling för bestående effekt.

Nästa steg

Förbättringsarbetet har genererat viktiga lärdomar om hur strukturerad förberedelse och kompetenshöjande insatser kan stärka patienters delaktighet i SIP. Erfarenheterna visar att arbetssättet är genomförbart, uppskattat av både patienter och personal samt har potential att skapa långsiktiga förbättringar i den kommunala hemsjukvården. Nästa steg är därför att sprida arbetssättet inom verksamheten och verka för att förberedelseverktyget integreras i ordinarie rutiner, så att patientdelaktighet säkerställs oavsett profession eller enhet. Förhoppningen är att resultaten ska inspirera kollegor och ledning att vidareutveckla arbetssättet och att de identifierade utvecklingsområdena kan ligga till grund för framtida initiativ som ytterligare stärker patientens position i SIP-processen.

Kontaktuppgifter

Namn: Olga Rodell

Email: olga.rodell@lomma.se

Arbetsgivare: Socialförvaltningen, Lomma kommun

Enhet: HSL, myndighet och förebyggande hälsofrämjande verksamhet

Förbättringsarbete för att stärka pensionärsrådets och rådet för funktionshinderfrågors delaktighet i beredningen av ärenden till Järva stadsdelsnämnd

Bakgrund

Förbättringsarbetet genomfördes i Järva stadsdelsförvaltning, Stockholms stad. Arbetet utgick från beredningsprocessen av ärenden till stadsdelsnämnden och involveringen av pensionärsrådet och rådet för funktionshinderfrågor. Respektive råd har 10 platser. Rådet för funktionshinderfrågor har fem ledamöter idag. Råden ska ges tillfälle att yttra sig innan stadsdelsnämnden fattar beslut. Råden har tidigare tagit del av färdiga ärenden för beslut på kommande nämndsammanträde och lämnat synpunkter i respektive protokoll. Detta har inneburit att rådets möjlighet att vara delaktiga minimerats då de inte har lämnat synpunkter medan ärendet var möjligt att påverka. Arbetet har tagit fokus på att skapa förutsättningar för att stärka rådets delaktighet.

Brukarinvolvering

Ledamöterna från båda råden involverades genom deltagande i workshops för problemanalys. Rådets uppfattningar om delaktighet ställdes mot de instruktioner som kommunfullmäktige fastställt för de stadsdelsanknutna råden. Som stöd användes delaktighetstrappan från Sveriges kommuner och regioner (SKR) för att jämföra den möjliga delaktigheten med den i verkligheten upplevda.

Syfte och Mål

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet var att stärka rådets delaktighet i nämndprocessen med målet att en mer strukturerad involvering skulle leda till att deras perspektiv fick större synlighet i beslutsunderlagen och att delaktigheten skulle ske mer systematiskt än innan. Det smarta målet var att senast 31 mars 2026 ha tagit fram, implementerat och testat en strukturerad process för rådets involvering och återkoppling i beredningen av nämndärenden. Arbetssättet skulle inkludera stödmaterial till tjänstepersoner och en struktur för återkoppling till råden samt ha använts i minst två nämndärenden.

Förändringsidé

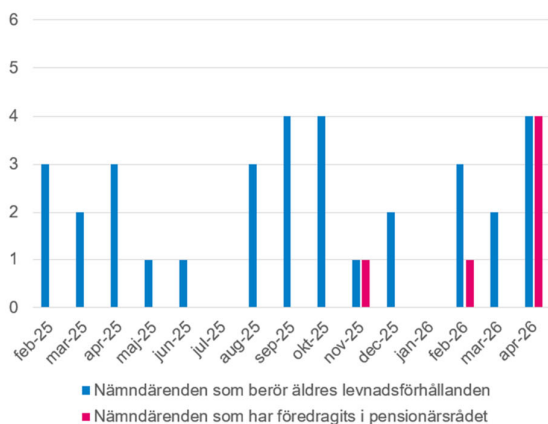
Genom workshops med rådets ledamöter och tjänstepersoner togs ett Ishikawadiagram fram. Förändringsidén var att skapa nya förutsättningar för råden att bli involverade tidigare i beredningsprocessen. Genom att förvaltningens rutiner utvecklades och att tjänstepersoner fick information om råden och stöd i deras uppdrag att involvera dem i beredningen av ärenden.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Baslinjemätning genomfördes från det första nämndsammanträdet efter att Järva stadsdelsförvaltning bildats 1 juli 2023, till kanslienheten tog över ansvaret för råden 1 juli 2025. För varje sammanträde har andel ärenden som kan vara relevanta för äldres levnadsförhållanden (figur 1) och/eller personer med funktionsnedsättning (figur 2) mätts och jämförts med de ärenden under beredning som föredragits för respektive råd.

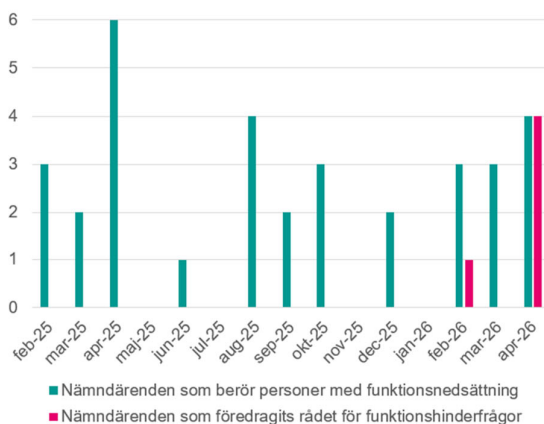
Figur 1.

Antal nämndärenden som berört äldres levnadsförhållanden och antal nämndärenden som har föredragits i pensionärsrådet, februari 2025-april 2026



Figur 2.

Antal nämndärenden som berört personer med funktionsnedsättning och antal nämndärenden som föredragits i rådet för funktionshinderfrågor, februari 2025-april 2026



Resultat

Det smarta målet har inte uppnåtts då den strukturerade processen inte hann testas fullt ut i två ärenden innan 31 mars 2026. Efter förbättringsarbetets slut passerade fyra ärenden (alla som uppfyllde kriterierna) respektive råd i april 2026. Det var första gången det skedde sedan Järva stadsdelsförvaltning bildades i juli 2023. Initialt informerades förvaltningens tjänstepersoner om gällande instruktioner för råden när nya nämndrutiner presenterades. Detta påverkade inte andelen ärenden som lyftes till råden vilket i sin tur gjorde att de test som genomfördes i PDSA-hjul tog längre tid än planerat att genomföra.

Nästa steg

I förbättringsarbetet har komplexiteten i att få in rådets delaktighet i ett tidigare skede av ärendebereidningen blivit tydlig. Det är många faktorer som samtidigt ska hanteras när ärenden bereds och att delaktiggöra råden kräver i sig ett arbete. Det stöd som tagits fram under förbättringsarbetet kommer finnas kvar och utvecklas vidare när det testas i fler ärenden. Nya faktorer som påverkar rådets möjlighet att vara delaktiga har identifierats under förbättringsarbetets gång och dessa kommer att hanteras i nya förbättringsarbeten.

Kontaktuppgifter

Namn: Josefine Rogel Randin

Email: Josefine.rogel.randin@stockholm.se

Arbetsgivare: Järva stadsdelsförvaltning, Stockholms stad

Enhet: Kanslienheten, Administration och stadsmiljö

Systematisk användning av Instrument X i arbetet med stöd till egen försörjning

Bakgrund

Kommunens arbetsmarknadsenhet och enheten för ekonomiskt bistånd samverkar kring cirka 50 individer per månad som på grund av sjukdom, ohälsa eller arbetslöshet lever med försörjningsstöd och har behov av stöd till egen försörjning. Arbetet struktureras med hjälp av Instrument X, ett standardiserat instrument bestående av fyra delar och behovsgruppering. På grund av stress och otydlighet används inte Instrument X fullt ut och individerna riskerar därmed längre tid i försörjningsstöd då bristande planering och utvärdering kan leda till fel insatser. Förbättringsarbetet genomfördes på båda enheterna med syfte att säkerställa systematiska arbetssätt som möjliggör att individen får rätt stöd i rätt tid.

Klientinvolvering

Då förbättringsarbetets fokus varit personalens arbetssätt har klienter inte direkt involverats i förbättringsarbetet. En klientenkät utformades dock i ett av PGSA-hjulen för att ta del av klienternas upplevelse av sina möten med enheterna och sin genomförandeplan.

Syfte och Mål

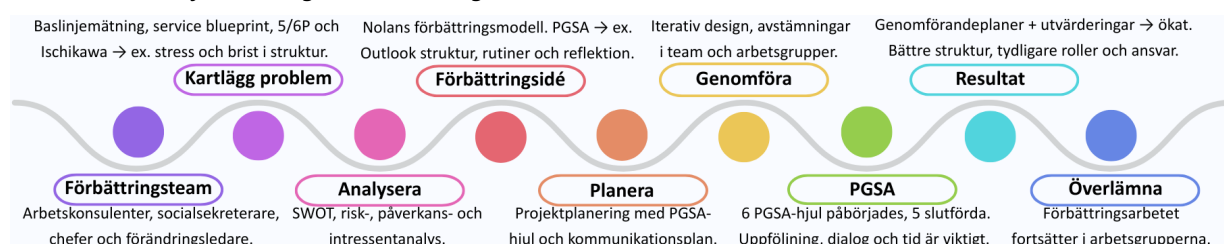
Det övergripande syftet var att systematiskt använda Instrument X för att möjliggöra rätt stöd i rätt tid till individer i behov av stöd till egen försörjning. Senast 20260331 skulle 85% av pågående uppdrag på arbetsmarknadsenheten ha en genomförandeplan och 50% av uppdragen skulle ha en utvärdering. I de uppdrag som inkommit från ekonomiskt bistånd från och med 20250901 skulle genomförandeplanen vara klar inom 28 dagar i 85% av uppdragen och utvärderingen i 50% av uppdragen inom 112 dagar (16 veckor) från att genomförandeplanen är gjord.

Förändringsidé

Kartläggning, problemanalys samt planering av förbättringsarbetet genomfördes av ett förbättringsteam, se figur 1, vilket resulterade i flera PGSA-hjul för att åstadkomma en förändring som är en förbättring. Genom strukturerade arbetssätt i Outlook-kalendern, rutiner, att efterfråga klientens upplevelse, behovsgruppering, införa reflektioner samt att stödja varandra i möten och dokumentation kan personalen systematiskt använda Instrument X så att insatser kan utformas utifrån behov och klienterna får rätt stöd i rätt tid.

Figur 1

Illustration över förbättringsarbetets design och struktur

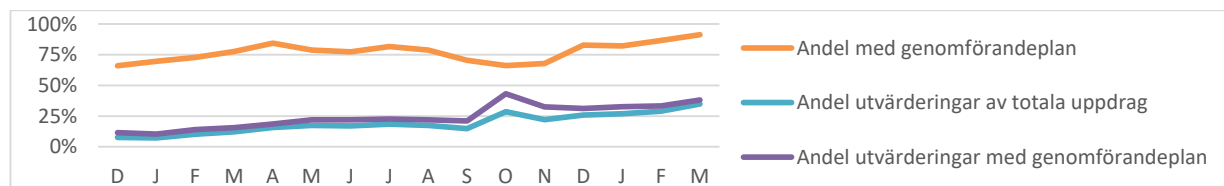


Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Baslinjemätning genomfördes i jan/feb-25 av andelen genomförandeplaner och utvärderingar. Figur 2 visar förändring i andel genomförandeplaner och utvärderingar över tid och figur 3 visar andelen som gjorts totalt och inom satta tidsramar från september 2025. Antal dagar från uppdrag till klar genomförandeplanen har följts över tid och presenteras i ett styrdiagram (figur 4) där flera urskiljbara källor till variation framträder. Under 2024 finns 2 mätpunkter utanför den övre styrgränsen med förklaringen att genomförandeplanerna gjorts i feb-25 och jan-26, alltså under förbättringsarbetet. I början av 2025 finns 11 punkter i rad under medellinjen då planeringsfasen startar. Vid mätpunkt 56 finns ytterligare 11 mätpunkter under medellinjen, därav justeras styrgränserna då detta kan kopplas till genomförandefasens aktiviteter.

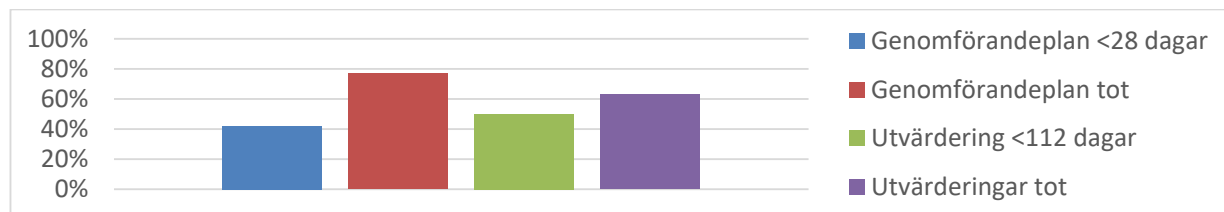
Figur 2

Andel pågående uppdrag med genomförandeplan och utvärdering, från december 2024 till den 22 mars 2026



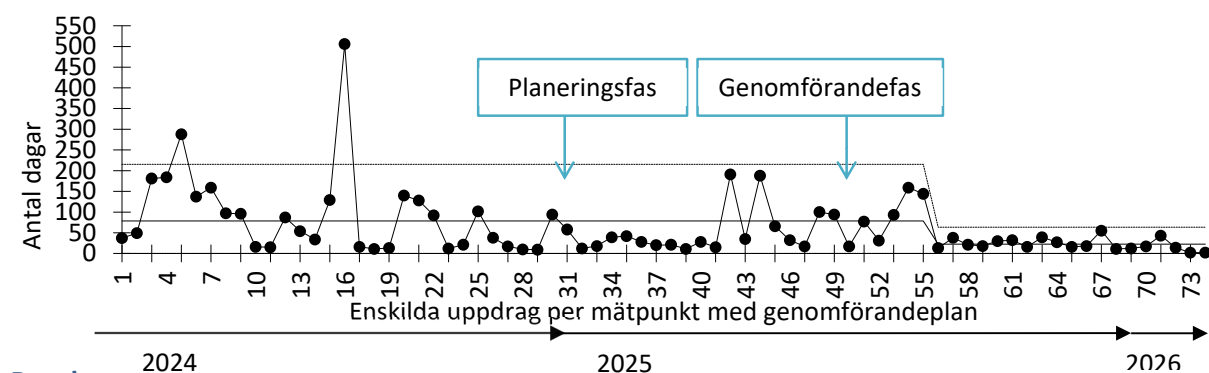
Figur 3

Andel uppdrag inkomna från 20250901 med genomförandeplan och utvärdering



Figur 4

Antal dagar från att uppdrag inkommer till klar genomförandeplanen under perioden 20240101–20260322



Resultat

I pågående uppdrag ökade andelen genomförandeplaner från 66% i dec-24 till 91% (mål uppnått) i mars-26 och utvärderingar från 8% till 35%. I uppdragen inkomna från 20250901 (tot 31st, 9st avslutade) har 42% fått en genomförandeplan inom 28 dagar och 50% en utvärdering (mål uppnått) inom 112 dagar (av uppdrag inom tidsgränserna). Medeltiden från uppdrag till genomförandeplan har minskat från 78 till 22 dagar.

Nästa steg

Arbetsgrupperna fortsätter arbeta med att systematiskt använda Instrument X. En personal är utsedd att strukturera gemensamma möten samt följa statistiken. Förbättringsmöjligheterna som identifierats under förbättringsarbetet ansvarar enhetscheferna för framåt. Kommunen har stort fokus på ständiga förbättringar och det här förbättringsarbetet visar tydligt att små justeringar kan generera stora förbättringar.

Kontaktuppgifter

Namn: Elina Roos

Email: elinamariaroos@gmail.com

Arbetsgivare: Sävsjö kommun

Enhet: Socialförvaltningen

Ökad användning av handdesinfektion på särskilt boende

Bakgrund

Flertalet studier både internationella och inom Sverige påvisar brist i korrekt utförande av handdesinfektion bland omsorgspersonal på särskilt boende. Kunskapsgapet bland omsorgspersonal behöver förbättras där förståelse kring *varför* och *hur* smitta sprids skapas. Brister i utförandet och användandet av handdesinfektion leder till ökad risk för smittspridning inom verksamheten. Detta kan medföra att sjukdomar sprids och orsakar onödigt lidande för brukaren. Förbättringsarbete utfördes i Täby kommun på Tibblehemmet plan 6. Tibblehemmet är ett särskilt boende med somatisk inriktning bestående av 86 permanenta platser och ett korttidsboende med 13 platser. Alla brukarna, totalt 25, som bodde på plan 6 deltog i förbättringsarbetet.

Brukarinvolvering

Brukarna som bodde på plan 6 fick inför start av förbättringsarbetet information om förbättringsarbetet och vad det innebar. Under hela förbättringsarbete inhämtades brukarnas synpunkter på de aktiviteter som har utförts. Brukarna har aktivt deltagit i en av förbättringsåtgärderna där de tillsammans med omsorgspersonalen använde handdesinfektion inför varje måltid.

Syfte och Mål

Förbättringsarbetets övergripande syfte var att öka användandet av handdesinfektion hos både omsorgspersonal och brukare under hösten 2025.

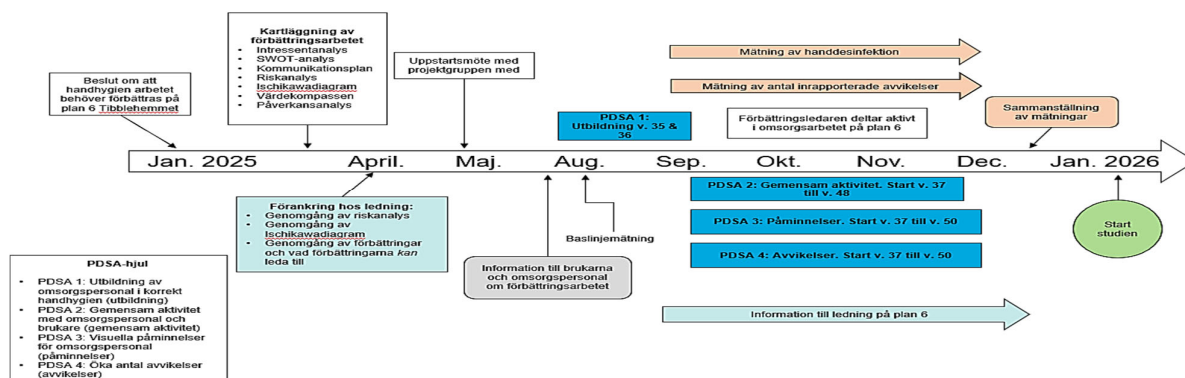
SMART mål: För att minska smittspridning och öka patientsäkerheten på Tibblehemmet plan 6 skulle användandet av handdesinfektion hos både omsorgspersonal och brukare förbättras från 26 % till minst 70 % innan den 15 december 2025 genom utbildning för omsorgspersonal, samskapande aktivitet för omsorgspersonal och brukare samt visuella påminnelser för omsorgspersonal.

Förändringsidé

Hela förbättringsarbetets resa beskrivs i Figur 1. För att öka användandet av handdesinfektion skapades tre olika förbättringsåtgärder med hjälp av PDSA-hjul. Första förbättringen innefattade att utbilda omsorgspersonalen i varför det är viktigt med god handhygien och därmed skapa en förståelse över hur smitta sprids i verksamheten. Andra förbättringsåtgärden involverade brukarna där de tillsammans med omsorgspersonal utförde handdesinfektion inför varje huvudmåltid för att minska risken för smittspridning. Det tredje PDSA-hjulet innefattade visuella påminnelser för omsorgspersonal. Vilket innebar att olika typer av affischer sattes upp i personalutrymmen på plan 6.

Figur 1

Illustration och tidslinje över förbättringsarbetet med tillhörande PDSA-hjul

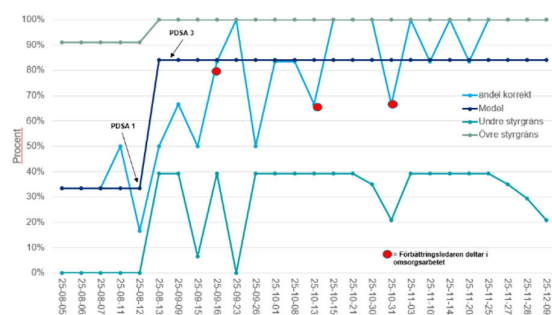


Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förbättringsarbetet började med att baslinjemätning utfördes för att få ett nollvärde. Återkommande varje vecka utfördes två olika observationer gällande handdesinfektion – hur många av omsorgspersonal som använde handdesinfektion i samband med omsorgsmoment samt hur många av brukarna och omsorgspersonal som använder handdesinfektion i samband med måltidssituation. Figur 2 visar andel av omsorgspersonalen som använde handdesinfektion innan omsorgsmoment och Figur 3 andel omsorgspersonal och brukare som använder handdesinfektion i samband med måltidssituation. Återkommande har förbättringsledaren samtalat med brukarna om hur de upplever förbättringsarbete. Förbättringsledaren har också aktivt deltagit i omvårdnadsarbete på plan 6 för att få en större förståelse över hur omsorgspersonalen arbetar med handhygien.

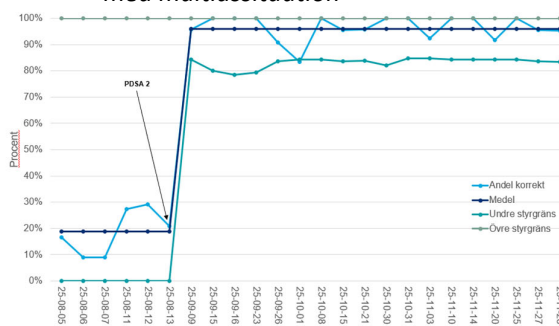
Figur 2

Andel omsorgspersonal som använder handdesinfektion innan omsorgsmoment



Figur 3

Andel omsorgspersonal och brukare som använder handdesinfektion i samband med måltidssituation



Kommentar. Y-axeln är procentandel av omsorgspersonal och/eller brukare som använde handdesinfektion korrekt. X-axel representerar datum när observationerna utfördes. På diagrammen ses också pilar när de olika PDSA-hjulen startades. De röda punkterna i Figur 2 påvisar tillfällen som förbättringsledaren deltog i omsorgsarbetet.

Resultat

Förbättringsarbetet har förbättrat användandet av handdesinfektion hos omsorgspersonal och brukare på plan 6. Resultatet visar att den sammanlagda användningen av handdesinfektion har förbättrats från 26 % till 75,6 %. Både omsorgspersonal och brukare har uttryckt att den samskapande aktiviteten (använda handdesinfektion vid måltidssituation) har varit bra och roligt att utföra samt att den behövs. Omsorgspersonalen har tagit aktiviteten ett steg längre och på eget initiativ köpt in små handdesinfektionsflaskor så att brukarna mer självständigt kan utföra handdesinfektion.

Nästa steg

Förbättringsarbetet påvisar att med förhållandevis små förändringar så kan förbättring genomföras. Nu när förbättringsarbetet är avslutat är det upp till ledningen på Tibblehemmet att ta ansvar och systematiskt följa upp arbetet med handhygien. Förbättringsarbetet kommer att användas i kommunens övriga verksamheter för att förbättra användandet av handdesinfektion och bidra till en ökad patientsäkerhet.

Kontaktuppgifter

Namn: Annika Saari

Email: annika.saari@taby.se

Arbetsgivare: Täby kommun

Enhet: Avdelning Äldreomsorg utförare Egen Regi

Från variation till struktur – förbättring av biståndshandläggningens utredningsprocess

Bakgrund

Biståndshandläggning innebär myndighetsutövning där rättssäkerhet och likvärdig bedömning är avgörande för den enskildes möjlighet att få rätt stöd. I verksamheten fanns stora variationer i hur handläggningen genomfördes och dokumenterades, vilket riskerade att påverka kvaliteten och tydligheten i besluten för de enskilda. Förbättringsarbetet genomfördes i biståndsenheten i Torsås kommun och omfattade fem biståndshandläggare. Syftet var att utveckla ett mer strukturerat arbetssätt i handläggningen för att stärka kvalitet, likvärdighet och rättssäkerhet i utredningsarbetet.

Klientinvolvering

Klienternas perspektiv inhämtades genom att efterfråga upplevelsen av handläggningsprocessen. Resultat från tidigare brukarundersökning beaktades också i förbättringsarbetet. Även telefonkontakt med flera klienter och deras anhöriga bidrog till att förstå klientens perspektiv och upplevelse. Återkopplingen från klienterna användes som underlag för reflektion kring begriplighet och delaktighet i handläggningen.

Syfte och Mål

Syftet var att stärka värdet för den enskilde genom en mer rättssäker, tydlig och likvärdig biståndshandläggning. Målet var att öka rättssäkerheten och kvaliteten i handläggningen genom iterativa tester av ett mer standardiserat arbetssätt. Ett av förbättringsarbetets specifika mål var att medelvärde för bedömd utredningskvalitet enligt framtagna kvalitetskriterier, ska öka från 18,5 till 19,7 i december 2025. Det andra specifika målet var att andelen ärenden med korrekt dokumentation ska öka från 9 % i augusti 2025 till 75 % i december 2026.

Förändringsidé

Förändringsidéerna utgick från att en gemensam struktur i utredningsprocessen minskar den oönskade variationen i handläggningen. Det förväntades leda till ökad kvalitet i beslutsunderlag och ökad rättssäkerhet för klienten. Det togs fram tre konkreta förändringsidéer.

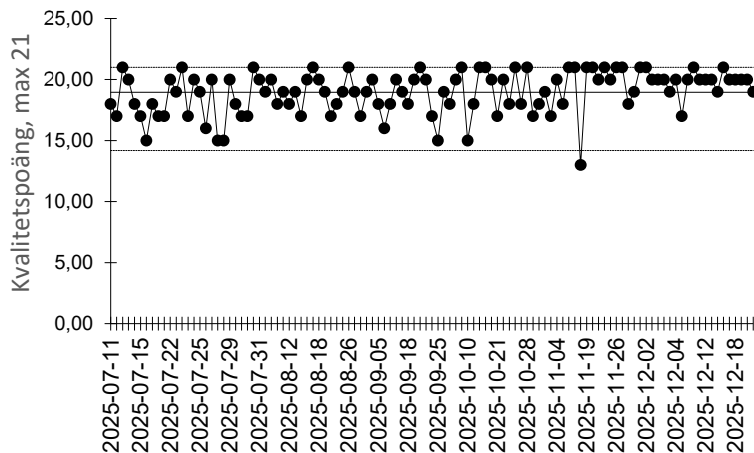
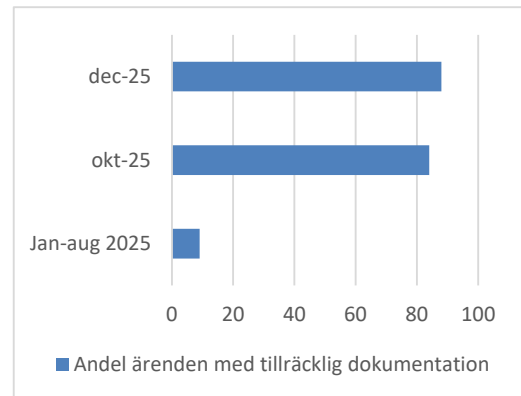
PGSA 1: Processkartläggning för att synliggöra samtliga moment i ärendeflödet och skapa en gemensam förståelse för arbetsprocessen och hur klientens behov kan bli tillgodosedda på bästa sätt.

PGSA 2: Utredningsplan som stöd i att strukturera och kvalitetssäkra utredningsprocessen, användes även som dialogverktyg med den enskilde vid start av utredning.

PGSA 3: Utredningsmall som stöd för att tydliggöra och strukturera vad som ska framgå i en utredning.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Två baslinjemätningar genomfördes innan förbättringsarbetet, en för utredningskvalitet och en för dokumentation under handläggningen. Utredningskvaliteten följdes över tid, varje vecka, för att följa om förändringarna blev en förbättring, se figur 1. Dokumentationen följdes upp vid två tillfällen efter genomförd baslinjemätning, se figur 2.

Figur 1*Utredningskvalitet över tid***Figur 2***Andel ärenden med tillräcklig dokumentation*

Resultat

Processkartläggningen (PGSA 1) upplevdes av handläggarna som ett stöd i arbetet. Också utredningsmallen (PGSA 3) uppfattades som ett stöd och till stor nytta. Utredningsplanen (PGSA 2) uppfattades av handläggarna som en delvis ökad administrativ börda och användes inte i lika hög utsträckning som utredningsmallen. Samtidigt uppgavs utredningsplanen vara till hjälp för klienten då den ökade begripligheten i handlägningsprocessen. Processen utvecklades löpande och även utredningsplan och utredningsmall utvecklades vidare för att anpassas till olika typer av ärenden.

Resultatet visar att den oönskade variationen i utredningarnas kvalitet minskade och blev mer jämn. I december var medelvärdet 19,86, vilket är en ökning med 1,36 mot baslinjen. Det överträffar också utsatt mål om 19,7 i medelvärde.

Resultatet visar också att dokumentationen under handläggningen har ökat och överträffar målet på 75 % med 12,5 procentenheter.

Ett resultat av förbättringsarbetet var att ärenden behovsprövades mer korrekt och antalet avslag ökade, vilket verksamheten bedömde som ökad rättssäkerhet och jämlikhet i handläggningen. Som en följd minskade dock nöjdheten hos flera av dem som fick ett avslag.

Nästa steg

Arbetsgruppen har beslutat att behålla alla förändringsidéer och fortsatt utveckling av dem har pågått efter förbättringsarbetets projekttid. Nästa steg i utvecklingen var att initiera ett liknande förbättringsarbete för att utveckla arbetet med uppföljning av beslut då dessa inte gjordes i tid eller utifrån en korrekt behovsprövning.

Arbets sättet att utveckla arbetet genom att sätta mål, mäta och ta fram konkreta förändringsidéer sprids till andra verksamheter genom lärande exempel och dialoger i ledningsgrupper.

Kontaktuppgifter

Namn: Malin Schelin

Email: fruschelin@gmail.com

Arbetsgivare: Torsås kommun

Enhet: Socialförvaltningen

Från två personer till en – personcentrerade förflyttningar med taklyft

Bakgrund

Den ökande andelen äldre och en längre livslängd medför ett ökat behov av stöd vid förflyttningar, vilket ställer högre krav på vårdens resurser och arbetssätt. Inom äldreomsorgen på ett Vård- och omsorgsboende med 40 patienter, varav 17 förflyttas med lyft, sker förflyttningar med taklyft enligt standardiserade rutiner där två personer alltid deltar, oberoende av patientens individuella förmåga. För att möta framtida behov krävs en övergång till ett mer personcentrerat arbetssätt där individuella förutsättningar och delaktighet prioriteras. En sådan förändring kan stärka kvalitet och trygghet, förutsatt att patientsäkerheten säkerställs genom tydliga riktlinjer och kompetens.

Patientinvolvering

Patientinvolveringen har varit begränsad i och med att målgruppen har kognitiv svikt, vilket försvårade möjligheten att inhämta tillförlitliga svar. I stället har patientperspektivet beaktats indirekt genom observationer samt via vårdpersonalens synpunkter, i syfte att ändå inkludera patientens behov och erfarenheter.

Syfte och Mål

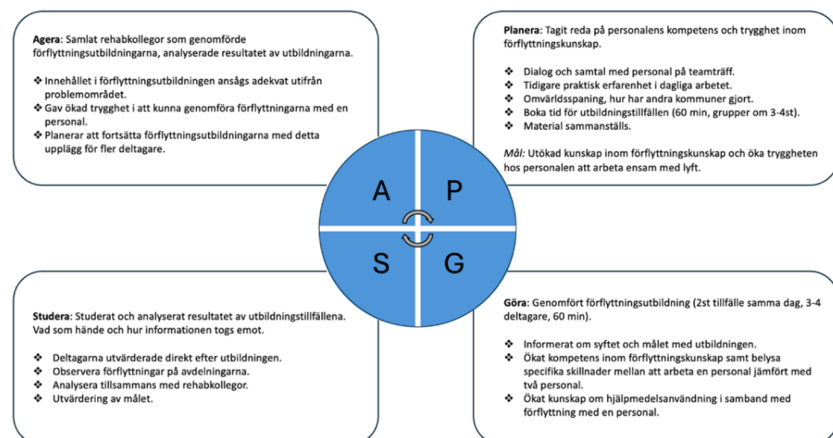
Förbättringsarbetets övergripande syfte var att undersöka hur ett förändrat arbetssätt kan främja personcentrerade förflyttningar och stärka patientsäkerheten. Målet med förbättringsarbetet var att genom riktad utbildning i förflyttningskunskap, och inom ramen för individuell ordination från arbetsterapeut och/eller fysioterapeut, öka andelen personcentrerade förflyttningar med taklyft utförda med stöd av en person på Vård- och omsorgsboende från nuvarande 0 % till minst 10 %. Målet ska vara uppnått senast i december 2025.

Förändringsidé

En påverkansanalys genomfördes i syfte att identifiera förbättringsområden samt strukturera förbättringsarbetet enligt PGSA-cykler (planera, göra, studera, agera). Förändringsidén innebar en övergång till ett mer personcentrerat arbetssätt, där individuella bedömningar låg till grund för om förflyttningen kan genomföras med en person istället för två. För att säkerställa patientsäkerhet och kvalitet genomfördes en utbildningsinsats i förflyttningskunskap (figur 1) i syfte att stärka vårdpersonalens kompetens och trygghet. Därutöver togs stödmaterial fram för att säkerställa att samtliga moment i förflyttningen genomförs på ett korrekt och säkert sätt.

Figur 1

PGSA-cykel över förflyttningsutbildning.

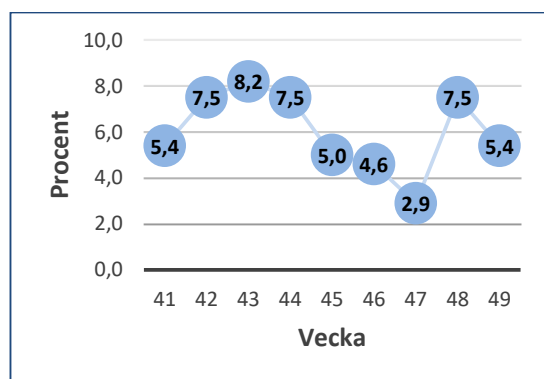


Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Individuella bedömningar genomfördes av arbetsterapeut/fysioterapeut för samtliga patienter som förflyttas med lyft, i syfte att identifiera vilka som enligt ordination kunde förflyttas med stöd av en person. Av totalt 17 patienter bedömdes 10 patienter kunna förflyttas med stöd av en person. Under förbättringsarbetet följdes andelen förflyttningar med en person upp för att studera genomförbarheten i det dagliga arbetet (figur 2). Vidare studerades patienternas upplevda trygghet och delaktighet utifrån vårdpersonalens perspektiv. Resultaten visade att majoriteten av förflyttningarna genomfördes under trygga former, medan graden av patientdelaktighet varierade (figur 3).

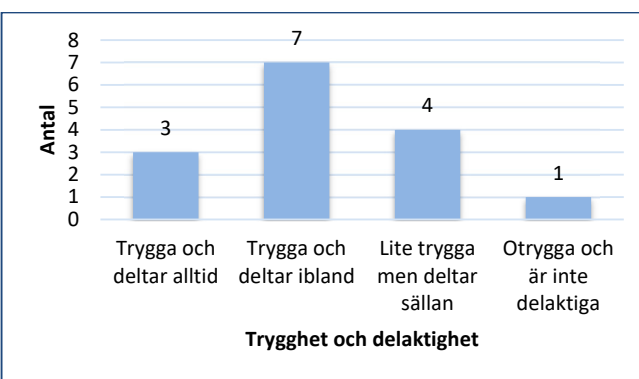
Figur 2

Andel förflyttningar med stöd av 1 person.



Figur 3

Patienternas trygghet och delaktighet utifrån vårdpersonalens perspektiv.



Resultat

Resultatet visade att andelen förflyttningar med stöd av en person varierade mellan cirka 3–8 % under mätperioden. Även om målet på 10 % inte uppnåddes tyder utfallet på en positiv utveckling och att förbättringsarbetet är på god väg. Det visade även att personcentrerade förflyttningar med taklyft och stöd av en person är genomförbart i det dagliga arbetet. Vidare betonades vikten av att anpassa förflyttningar efter varje patients individuella behov, snarare än att tillämpa ett standardiserat arbetssätt. Förändringen bidrog till lugnare förflyttningssituationer och ökad delaktighet samt stärkt trygghet och självständighet hos patienterna, men förutsätter hög kompetens hos vårdpersonalen för att säkerställa patientsäkerhet och kvalitet.

Nästa steg

Förbättringsarbetet visade utifrån vårdpersonalens perspektiv att ett personcentrerat arbetssätt vid förflyttningar med taklyft är genomförbart och bibehåller patienttrygghet, ger ökad patientdelaktighet samt mer lugna förflyttningssituationer. Individuella bedömningar möjliggör stöd efter patientens förmåga, samtidigt som arbetssättet ställer höga krav på vårdpersonalens kompetens och följsamhet till arbetssätt samt rutiner. Resultatet stödjer fortsatt utveckling med fokus på kompetensstärkande insatser och vidare spridning i verksamheten.

Kontaktuppgifter

Namn: *Linda Skoglund*

Email: linda.m.skoglund@outlook.com

Arbetsgivare: Västerås Stad

Enhet: Rehabenheten Äldreomsorg

Förbättringsarbete för ökad följsamhet till MRSA-provtagning i slutenvård

Bakgrund

Meticillinresistenta Staphylococcus aureus (MRSA) utgör ett betydande problem eftersom de kan orsaka allvarliga och svårbehandlade infektioner. Utöver ett stort lidande för drabbade patienter kan infektioner orsakade av MRSA även innebära stora kostnader samt ökad risk för resistensutveckling av antibiotika. För att minska spridning av MRSA inom slutenvård krävs tidig identifiering i samband med inskrivning. På ett akutsjukhus i Stockholm provtogs 63% av patienterna med identifierad risk för MRSA i samband med inskrivning 2024. Detta innebär risk för fördröjd upptäckt av bärarskap och därmed ökad risk för smittspridning. Förbättringsarbetet genomfördes på fyra slutenvårdsenheter där sammanlagt ca 6000 patienter årligen vårdas.

Patientinvolvering

Patienterna inkluderades genom en enkät som skickades ut efter vårdtillfället. Enkäten undersökte patienternas upplevelse av information, bemötande och trygghet i samband med MRSA-provtagning och användes som underlag i det fortsatta förbättringsarbetet.

Syfte och Mål

Syftet med förbättringsarbetet var att öka följsamheten till MRSA-provtagning vid inskrivning i slutenvård. Målet var att andelen riskidentifierade patienter som provtas korrekt skulle öka från de fyra vårdenhetsernas gemensamma medelvärde på 42% till >90 % före december 2025.

Förändringsidé

För att identifiera möjliga orsaker till utebliven MRSA-provtagning genomfördes en orsaksanalys med hjälp av ett orsak-verkan-diagram. Genom att strukturera tänkbara orsaker kunde arbetsgruppen identifiera var problemen uppstod. Flera tänkbara orsaker lyftes fram och med stöd av en pickchart valdes de idéer som antogs ge bäst effekt. Tre förändringar testades iterativt med stöd av Nolans förbättringsmodell och PDSA-cykler:

1. **Realtidsdata** - visualisering i realtid av patienter med missad provtagning i Qlik Sense
2. **Fickkort** - med tydliga provtagningsinstruktioner
3. **Utbildning** - riktad utbildning kring MRSA

För att beskriva förbättringsarbetet och dess förväntade effekt togs en programteori fram (se Figur 1).

Figur 1

Programteori för förbättringsarbetet

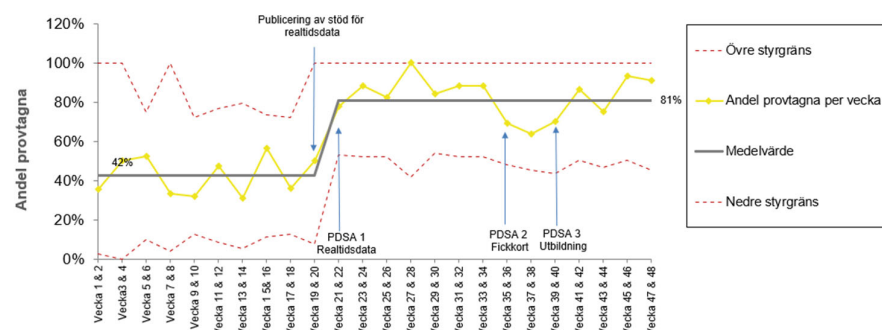
Resurser	Aktiviteter	Direkta resultat	Kortsiktiga effekter	Långsiktiga effekter
• Förändringsledare • Arbetsgrupp • Tid för arbetsgruppsmöten • Stöd från IT och systemutvecklare • Tillgång till realtidsdata kring riskidentifiering och korrekt provtagning • Tillgång till data om utfall av MRSA-provtagning	• Identifiera orsak till missad provtagning • Implementera realtidsdata för riskfaktorer • Ta fram nya arbetssätt • Testa nya arbetssätt (PDSA) • Återkoppla andel korrekt provtagna riskfaktorer till medarbetare • Utbilda medarbetare i syfte och rutiner kring MRSA-provtagning • Reflektera och diskutera i arbetsgruppen	• Realtidsapplikation testad och validerad • Nya rutiner införda på pilotavdelningar • Uppdaterat stödmaterial • Framtagande av nytt stödmaterial • Veckovis visualisering av utfall • Framtagande av utbildningsmaterial • Utbildning av medarbetare	• Ökad kunskap om MRSA och VRI • Ökad medvetenhet om MRSA-rutiner • Ökad motivation att följa riktlinjer för MRSA • Färre missade provtagningar	• Hög och stabil följsamhet till MRSA-riktlinjer • Färre fall av vårdrelaterad MRSA-smitta • Minskad andel VRI • Stärkt patientsäkerhetskultur • Medvetenhet om möjlighet till användande av datadrivet förbättringsarbete

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

För att möjliggöra statistisk analys av utvecklingen över tid följdes utfallet i ett styrdiagram (se Figur 2). Detta gjorde det möjligt att identifiera trender, bedöma variation och avgöra om förändringar i processen var statistiskt signifikanta. En baslinjemätning togs fram och andel korrekt odlade riskpatienter följdes med 14 dagars intervall.

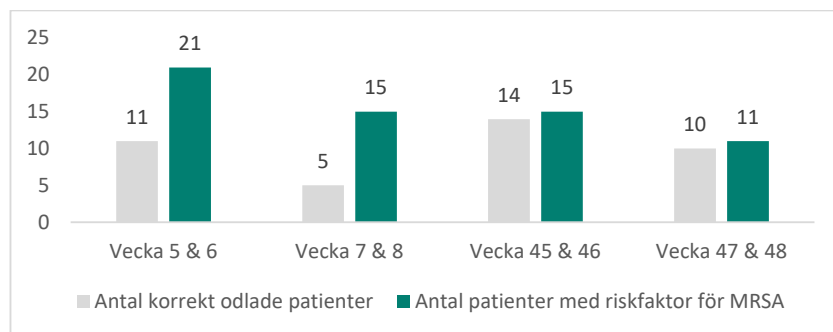
Figur 2

Styrdiagram för förbättringsarbetet



Figur 3

Antal korrekt odlade patienter före och i slutet av förbättringsarbetet



Resultat

Följsamheten till MRSA-provtagning på de fyra vårdenheterorna ökade från ett medelvärde på 42% till 81% i samband med den första PDSA-cykeln. Målet >90% korrekt provtagna riskpatienter uppnåddes inte under förbättringsperioden men utfallet visade en hög och stabil, positiv förflyttning över tid. Figur 3 visar antal korrekt odlade patienter i förhållande till antal riskidentifierade patienter före samt i slutet av förbättringsarbetet. Realtidsvisualiseringen bidrog till att missade provtagningar upptäcktes tidigt i processen. Kombinationen av systemstöd, visuella data, utbildning och praktiskt stödmaterial såsom fickkort, skapade ökad medvetenhet, kunskap och ett mer enhetligt arbetssätt på vårdenheterorna.

Nästa steg

Arbetsätten har integrerats i ordinarie verksamhet. Nästa steg är att sprida arbetssättet till fler enheter på sjukhuset samt vidareutveckla visualiseringarna för att ytterligare stärka organisationens lärande och motivation att följa riktlinjer.

Kontaktuppgifter

Namn: *Helen Snäckerström*

Email: helen.snackerstrom@regionstockholm.se

Arbetsgivare: Region Stockholm

Stärkt samordning vid samsjuklighet med stöd av relationell koordinering

Bakgrund

För personer med samsjuklighet är samordning mellan psykiatri, beroendevård, vårdcentral och socialtjänst avgörande för att vården ska upplevas som sammanhållen. Bristande samverkan riskerar att leda till otydlighet, fördröjda insatser och att ansvar faller mellan verksamheter. Förbättringsarbetet utgick från en lokal beroendemottagning i Stockholms län, där patienterna ofta hade kontakt med flera verksamheter samtidigt. Arbetet genomfördes i samverkan med deltagare från beroendevård, psykiatri, vårdcentral och socialtjänst, representerade av flera professioner, som sjuksköterskor, läkare, psykolog, kurator, rehabkoordinator, socionomer och medicinsk sekreterare. En inledande kartläggning visade engagemang och viss samverkan, men också behov av tydligare kommunikation, gemensamma mål och strukturer för samordning.

Patientinvolvering

Patienter deltog inte direkt i förbättringsarbetet. Deras perspektiv beaktades genom analys av arbetet med samordnade individuella planer (SIP) samt genom vägledningsmaterial som stöd för ökad delaktighet i SIP.

Syfte och Mål

Syftet var att förbättra samordningen kring patienter med samsjuklighet genom att stärka kvaliteten i samarbetet mellan verksamheterna.

Målet var att under en 12-veckorsperiod öka det sammanvägda RK-indexet med minst 0,3 enheter, baserat på personalens skattningar på en femgradig skala, samt att stärka användningen av SIP genom mer strukturerade arbetssätt och stödmaterial.

Förändringsidé

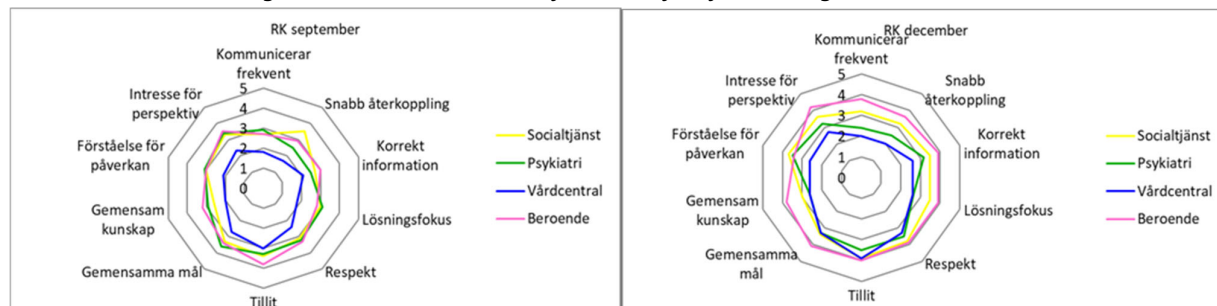
Förändringsidén var att använda relationell koordinering (RK) som ett gemensamt ramverk för att mäta, synliggöra och utveckla samverkan. Arbetet inleddes med en enkät till de tvärprofessionella deltagarna. Resultatet användes för att identifiera prioriterade utvecklingsområden och testa förbättringar i liten skala (PGSA). En gemensam workshop stärkte förståelsen för varandras uppdrag och tydliggjorde gemensamma mål. Parallellt utvecklades stöd för SIP-processen samt en mer strukturerad kommunikation, bland annat med stöd av SBAR. Förändringarna riktades både mot relationer och konkreta arbetssätt i samverkan.

Hur vet du att denna förändring är en förbättring?

Förbättringsarbetet följdes med två kompletterande mätningar. Den ena var en före- och eftermätning av relationell koordinering (RK), där deltagarna skattade sju dimensioner av samverkan mellan verksamheterna på en femgradig skala. Resultatet sammanställdes som genomsnittliga skattningar per dimension och visualiserades i spindeldiagram. Den andra mätningen följde antal samordnade individuella planer (SIP) per månad över tid i ett linjediagram. Tillsammans möjliggjorde mätningarna uppföljning av både upplevd samverkanskvalitet och användningen av en central samordningsstruktur.

Figur 1

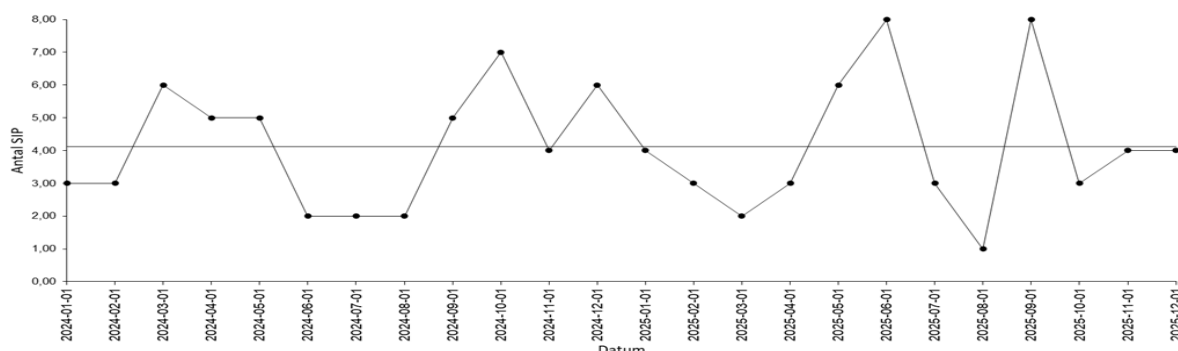
Relationell koordinering mellan verksamheterna före och efter förbättringsarbetet



Kommentar. Spindeldiagrammet visar genomsnittliga skattningar på en femgradig skala (1 = låg, 5 = hög) för sju dimensioner av relationell koordinering.

Figur 2

Antal samordnade individuella planer (SIP) per månad från januari 2024 till december 2025



Kommentar. Linjediagrammet visar månadsvis antal SIP samt genomsnittlig nivå över perioden.

Resultat

Det sammanvägda RK-indexet, beräknat som ett medelvärde av dimensionerna, ökade med 0,42 enheter vilket översteg det uppsatta målet. Förbättringar sågs inom flera dimensioner av samarbetet mellan verksamheterna (figur 1). Arbetet bidrog också till att utveckla konkreta stödstrukturer för SIP-processen, inklusive tydligare arbetssätt och kommunikationsstöd. Antalet SIP varierade över tid, med ett genomsnitt på cirka fyra per månad (figur 2). Tillfälliga ökningar sågs i samband med riktade förbättringsaktiviteter, såsom informationsinsatser och workshop. Sammantaget visar resultaten att ett kort, strukturerat förbättringsarbete kan stärka samverkanskvaliteten och skapa bättre förutsättningar för samordning.

Nästa steg

Nästa steg är att följa RK och SIP över längre tid för att bedöma stabilitet och varaktighet i förbättringarna. Arbetet behöver också fördjupas genom ökad delaktighet från vårdcentralerna och genom att etablera ett tvärprofessionellt nätverk med representanter från varje verksamhet. Ett prioriterat utvecklingsområde är att stärka patienternas delaktighet i samordningen. Arbetssättet att mäta och förbättra samverkan med stöd av relationell koordinering kan anpassas och spridas till andra lokala samverkanskontexter.

Kontaktuppgifter

Namn: Elin Stenberg

Email: elin.stenberg@regionstockholm.se

Arbetsgivare: SLSO, Beroendecentrum Stockholm