

Kvalitetsutveckling 2008



Kvinnosjukvård
Drottning Silvias barn- och
ungdomssjukhus

Kvalitetsutvecklingsarbeten inom Kvinnosjukvården och Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus vid Sahlgrenska universitetssjukhuset

Kvinnosjukvård samt Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus bildar tillsammans Område 1 inom Sahlgrenska universitetssjukhuset. Områdets huvuduppgifter är sjukvård, forskning, utveckling och utbildning. Sedan några år redovisar vi forskningen årligen i en särskild katalog. För första gången presenterar vi nu även de kvalitetsutvecklingsarbeten som genomförts under 2008.

Med kvalitetsutveckling avses systematiska förbättringar av verksamhetens processer. Syftet är dels en effektivare användning av resurserna, men framför allt att skapa ökat värde för patienterna. Målet med kvalitetsutvecklingen är en "God vård" enligt kvalitetsföreskriften (SOSFS 2005:12) dvs. en vård som är kunskapsbaserad, säker, patientfokuserad, i rimlig tid, jämlik och effektiv. Som framgår av redovisningen från de olika verksamheterna bedrivs utvecklingsarbeten av god kvalitet inom Sahlgrenska universitetssjukhusets kvinnosjukvård och barn- och ungdomssjukhus.

I denna sammanställning presenteras några av de arbeten för "God vård" som utförts under 2008. Här lyfts goda exempel upp som förhoppningsvis ska spridas och entusiasmera till nya initiativ.

Det är viktigt att den kliniska verksamheten ständigt kan utvecklas och finna nya former. Vi hoppas att denna sammanställning skall stimulera fler medarbetare att medverka i utvecklingen.

Jimmy Kero
Områdeschef

Ulla-Britt Jansson
Kvalitetschef

I samarbete med Redaktionskommittén:
Informationschef Margareta Bjerkman och Forskningssekreterare Ann Nordström

Innehåll

Kvalitetsutvecklingsarbeten inom Kvinnosjukvården och Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus vid Sahlgrenska universitetssjukhuset

Förord

Barnkardiologi

- 3 *Sofi Andersson Stavridis*
Evidensbaserad omvårdnad enligt omvårdnadsprocessen
Väntelistan – Utvecklingen av ett webbaserat datasystem för hand-
läggning och vårdplanering av alla inremitterade patienter till Barn-
hjärtcentrum

Barnneurologi, barnpsykiatri och habilitering

- 5 *Eva Holmqvist*
COGAIN: Communication by Gaze Interaction
- 6 *Lotta Ljunggren-Thomasson/Berit Finnström (An/Op/Iva)*
Postoperativ smärtskattning av barn med flerfunktionsnedsättning

Barnoperation, barnanestesi och barn-IVA

- 7 *Torsten Backteman*
Genombrottsprojektet Bättre flyt på operation

Gynekologi och reproduktionsmedicin

- 10 *Sandra Danell*
PM- kuratorsarbete i utveckling: Kvinnosjukvård och cancersjukvård
- 11 *Pär Hellberg*
Utskrivningsprocess – patient med ytterligare vårdbehov
- 12 *Carina Iloson*
Aktion Avvikelse på Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Sjukvårdens roll vid sexuella övergrepp
- 14 *Marianne Johansson*
Utveckling och kvalitetssäkring av abortverksamheten
- 15 *Lena Otterlind*
Införande av dagvård på en slutenvårdsavdelning
- 17 *Mathias Pålsson*
Effektivisering av inskrivning inför elektiv kirurgi
- 18 *Eva Rosén*
Vikten av att ta upp ämnet ”Sexualitet och samlevnad” i samband
med operation av livmoderhalscancer
- 19 *Ann-Charlotte Wassén*
Effektivisering av akutvårdskedjan
- 20 *Inger Bryman*
Certifiering av Reproduktionsmedicin

Evidensbaserad omvårdnad enligt omvårdnadsprocessen**Projektledare**

Sofi Andersson Stavridis
sofi.andersson-stavridis@vgregion.se

Medarbetare

Sara Bergqvist
Ulrika Götlind
Annika Hanemyr
Jennie Klevenstam
Maria Koczkas
Monika Lidell
Ann-Kristin Petersson
Johanna Stang

Finansiärer

Centrum för Verksamhetsutveckling

Sammanfattning

Barnhjärtcentrum på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus är ett av två nationella centra för utredning och behandling av medfödda och förvärvade hjärtsjukdomar hos barn och ungdomar i Sverige. Omvårdnaden av barn och ungdomar med hjärtsjukdom ska givetvis, precis som all annan omvårdnad, bedrivas evidensbaserat. Projektet har varit ett försök att införa nya vårdutvecklingsmetoder för att säkerställa detta.

Syftet med projektet var att öka patientsäkerheten och vårdkvaliteten för barn och ungdomar med hjärtsjukdom som vårdas på Barnhjärtcentrum, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Målet var att minst två omvårdnadsaktiviteter inom omvårdnadsområdena nutrition, smärta, förberedelser av barn samt sårvård, skulle vara evidensbaserade senast 2007-10-31 och att 100% av sjuksköterskorna och barnsköterskorna på enheten skulle ha kunskap om dessa evidensbaserade omvårdnadsaktiviteter och hur de grundas i omvårdnadsprocessen, samt använda dem i den dagliga omvårdnaden av patienterna senast 2007-11-30.

Förbättringsarbetet har bl.a. omfattat nulägesbeskrivning av omvårdnadsresultat vid projektstart, inventering bland personalen av hur ny kunskap efterfrågas och implementeras, formulering av specifika frågeställningar och problem, samt litteraturstudier baserat på dessa frågeställningar. Arbetet med att evidensbasera utvalda omvårdnadsaktiviteter genom skapande av riktlinjer har påbörjats. Utbildningstillfällen för alla medarbetare har erbjudits där även strukturerade diskussioner kring attityder till ny kunskap och evidensbaserade omvårdnad genomförts med hjälp av metoden ”systemiska möten”. Samtidigt med den påbörjade evidensbaseringen initierades även skapandet av en kompetensutvecklingsplan för medarbetarna.

De övergripande målen har inte kunnat uppnås inom projektets tidsram bland annat p.g.a. svårigheten att hitta evidens i den vetenskapliga litteraturen för vårt förhållandevis smala omvårdnadsområde. Evidensbaserad omvårdnad kommer därför att kräva att vi skapar evidens själva genom att göra vetenskapliga studier på våra omvårdnadsproblem och frågeställningar. Trots att projektet inte har förlöpt som vi från början hade tänkt oss, har det för projektdeltagarnas del varit en mycket positiv och lärorik erfarenhet. Alla upplever att de har utvecklat kunskapsmässigt inom sitt område och att respektive utvecklingsområde har framskridit mer med hjälp av projektet än det skulle ha gjort utan. Ett aktivt utvecklingsarbete med fokus på personalutbildning under nästkommande år kommer att borge för att alla medarbetare blir medvetna om och intresserade av att utveckla omvårdnaden gemensamt mot evidensbaserad omvårdnad. Likaså är tydliga riktlinjer i lättillgängliga PM en förutsättning för att kunna bedriva evidensbaserad omvårdnad.

Väntelistan**– Utvecklingen av ett webbaserat datasystem för handläggning och vårdplanering av alla inremitterade patienter till Barnhjärtcentrum****Projektledare**

Sofi Andersson Stavridis

*sofi.andersson-stavridis@vgregion.se***Medarbetare**Morgan Johansson¹*1VGR/IT***Sammanfattning**

Barnhjärtcentrum på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus är ett av två centra för barnhjärtkirurgi i Sverige. Här bedrivs även utredning och annan behandling av medfödda och förvärvade hjärtsjukdomar hos barn och ungdomar. Hos oss vårdas ca. 750 barn/år inom slutenvården. Dessa slutenvårdsbesök kräver gedigen vårdplanering av olika personalkategorier och alla ärenden måste givetvis garanteras samma säkra hantering. Det har därför varit nödvändigt att utveckla ett enhetligt system för att hantera dessa ärenden.

Syftet med projektet var att utveckla ett lättillgängligt och säkert system för vårdanmälan och vårdplanering av sjukhusvistelse i samband med utredning och/eller behandling på Barnhjärtcentrum.

Övergripande mål för utvecklingen av det webbaserade programmet var ökad patientsäkerhet, ökad insyn i planeringsprocessen för de användare som är inblandade i ett patientärende, att patienten ges vård i rätt tid samt ökad möjlighet till effektivt utnyttjande av verksamhetens resurser.

Förarbetet tog ca. tre år, men har gjorts noggrant och i nära samarbete med IT-teknikern som utvecklat programmet, vilket har resulterat i ett system som är väl anpassat till verksamhetens krav och som även har framtida utvecklingsmöjligheter. Programmets funktion har utvärderats i förhållande till projektets uppsatta mål, bl.a. via säkerhetsjämförelser med andra befintliga register samt med en enkät till användarna. Ökad patientsäkerhet jämfört med tidigare sätt att vårdplanera, har kunnat påvisas med hjälp av säkerhetskontroller av antal anmälda patientposter. Tillgängligheten till programmet har bedömts av användarna som vara mycket hög. Det har varit svårare att påvisa att programmet ökar förutsättningarna för att rätt vård ges i rätt tid, då det är så många andra faktorer som påverkar just detta, som t.ex. akut sjuka nyfödda som kräver hjärtoperation varmed icke-akuta operationer får vänta. Användarna upplever dock till ganska stor del att patienterna på väntelistan får sin åtgärd utförd inom angiven deadline. Programmet har gett verksamhetens ledning en kontinuerlig möjlighet att planera det elektiva patientflödet och att fördela resurserna i förhållande till detta. Användarnas helhetsintryck av programmet avseende patientsäkerhet och användarvänlighet är gott. Barnhjärtcentrums nya vårdplaneringsprogram har ökat patientsäkerheten, effektiviserat väntelistanhanteringen och har därmed också inneburit en viktig insats i verksamhetens kvalitetssäkringsarbete.

Projektledare

Eva Holmqvist
eva.holmqvist@vgregion.se
[DART]

Medarbetare

Margret Buchholz
Mats Lundälv

Finansiärer

Sixth Framework Programme IST, Network of Excellence, EU

COGAIN: Communication by Gaze Interaction

Sammanfattning

COGAIN är ett nätverksprojekt finansierat via EU. Syftet med projektet är att samla och utveckla kompetens kring ögonstyrning för personer med funktionshinder. Med ögonstyrning menas att styra datorn med blicken istället för att använda mus och/eller tangentbord. Projektet utvecklar ny teknik, förbättrar existerande system och verkar för effektivare integrering av systemen i vardagen. Från Sverige deltar DART och företaget Tobii Technology.

Mer information om COGAIN-projektet finns på DARTs webbplats på: www.dart-gbg.org/INFOSIDOR/AKTUELLFOU.HTML#COGAIN eller på COGAIN:s hemsida på adressen www.cogain.org.

Sammanfattning

COGAIN is a network of excellence on Communication by Gaze Interaction, supported by the European Commission's IST 6th framework program. The network aims to gather Europe's leading expertise in eye tracking integration with computers in a research project on assistive technologies for citizens with motor impairments. Through the integration of research activities, the network will develop new technologies and systems, improve existing gaze-based interaction techniques, and facilitate the implementation of systems for everyday communication. Partners from Sweden are DART and Tobii Technology.

Vetenskaplig rapport

Donegan M, Oosthuizen L, Bates R, Istance H, **Holmqvist E**, Lundalv M, Buchholz M, Signorile I. D3.3 Report of user trials and usability studies. Communication by Gaze Interaction (COGAIN), IST-2003-511598: Deliverable 3.3. [Online Aug 31 2006]; Available at: URL: <http://www.cogain.org/results/reports/COGAIN-D3.3.pdf>

Donegan M, **Holmqvist E**, Buchholz M, Charlier J, Vermandel S, Defoort-Dhellemmes S, Calvo A, Chiò A, Ghiglione P, Pasian V, Vignola A, Castellina E, Corno F, Farinetti L. D3.4 Eye Control Hints and Tips. Communication by Gaze Interaction (COGAIN), IST-2003-511598: Deliverable 3.4. On-line multimedia training resource to help in the initial assessment process and eye control take-up. [Online 2007 Aug 31] Available at: URL: http://www.cogain.org/user_involvement/eye-control-hints-and-tips/

Donegan M, **Holmqvist E**, Buchholz M, Lundalv M, Cotmore S. D3.5-3.6 Exemplar Eye Control Activities for End-Users with Complex Needs.

Projektledare

Lotta Ljunggren-
Thomasson
*lotta.ljunggren-thomasson@
vregion.se*
Berit Finnström*
berit.finnstrom@vregion.se

*Op/An/IVA

Medarbetare

Jeanette Apell
Ulrika Hultin
Susanne Jörnvik
Eva Kokinsky

Postoperativ smärtskattning av barn med flerfunktionsnedsättning

Postoperative pain assessment of children with cognitive impairments

Sammanfattning

Forskningsrön visar på vikten av att använda en smärtskattningsskala som utgår från det individuella barnets smärtsignaler. Individualized Numeric Rating Scale (INRS) är en individanpassad smärtskattningsskala där föräldern fyller i barnets smärtsignaler från 0 (ingen smärta) till 10 (värsta tänkbara smärta).

Syfte och metod

Syftet är att utvärdera om INRS är användarvänlig och valid vid postoperativ smärta hos barn 4-18 år, med flerfunktionsnedsättning.

Inklusionskriterier: Barn som skall genomgå ett kirurgiskt ingrepp på avd 326 på Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus och som pga. sin flerfunktionsnedsättning inte själv kan skatta sin smärta.

Exklusionskriterier: Barn med flerfunktionsnedsättning som själv kan skatta sin smärta. Barn vars föräldrar inte förstår svenska.

Föräldrarna fyller i barnets smärtsignaler i INRS-skalan. När barnets postoperativa smärta skall bedömas görs oberoende skattningar av tre personer. En sjuksköterska/undersköterska skattar barnets smärta med INRS, en annan med FLACC (avdelningens ordinarie beteende-skala, validerad för smärtbedömning av barn med flerfunktionsnedsättning) och föräldern med NRS (Numeric Rating Scale) 0-10.

Vårdpersonalens skattningar jämförs med föräldrarnas skattningar med NRS eftersom studier har visat att föräldrars skattningar av funktionsnedsatta barns smärta är trovärdiga.

Trettio barn ingår i projektet. Varje barns skattas sex gånger per dygn under de tre första postoperativa dyggen. Resultaten kommer att presenteras hösten 2009.

Summary

The parents' knowledge of their child's pain expression is a valuable source for professionals to learn more about the child's pain behaviour. The Individualized Numeric Rating Scale (INRS) is based on parents' descriptions. Parents are asked to recall the child's pain behaviour and link their descriptions to different levels of the scale from 0 (no pain) – 10 (worst imaginable pain). The aim of this pilot project is to evaluate whether the INRS is a pain rating scale that is user friendly and valid in assessment of postoperative pain in children with cognitive impairments. The parents of 30 children are asked to fill in the INRS. The child's postoperative pain is then independently assessed by one nurse using INRS, another nurse using FLACC and the parent using a Numeric Rating Scale 0-10 (NRS) during the first three postoperative days. Preliminary results will be presented in autumn 2009.

Projektledare

Torsten Backteman

torsten.backteman@vgregion.se

Medarbetare

Barbro Blomqvist

Ewa Gidén

Karin Eklöv

Ingrid Höglund-Karlsson

Tina Kiessling

Charlotte Linbacker

Ursula Nemeth

Lena Sundqvist

Dagkirurgen

Genombrottsprojektet Bättre flyt på operation

Sammanfattning

På dagoperation, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus har vi länge sett ett behov att förändra vårt arbetssätt och patientflöden för att möta det ökade behovet av dagkirurgi på barn. Vi gick med i genombrottsprojektet då vi bedömde att genombrottsmetodiken skulle passa även i den komplexa verksamheten på dagoperation där patienter från flera verksamhetsområden, flera specialiteter och i alla åldrar opereras.

PDSA (Plan Do Study Act) konceptet visade sig fungera bra i vår miljö och möjliggjorde de stegvisa förändringar som hos oss gav en mätbar skillnad i hur vi klarar vårdgarantin.

Vårt resultatmål att alla dagkirurgiska urologi- och kirurgipatienter skall opereras inom vårdgarantins 90 dagar nådde vi i januari 2009.

Under projektets gång noterade vi både svagheter och styrkor i genombrottsmetoden. Fördelarna fann vi klart överväga nackdelarna. Samtliga personal-kategorier arbetade aktivt med förändringsarbetet och bidrog till och gjorde det möjligt att bryta särintressen som tidigare omöjliggjort förändring. Vi kunde göra förändringar stegvis under utvärdering och även över tid behålla de positiva förändringar som vi testat fram. Metoden i sig och sättet som förändringsarbetet bedrevs på bidrog till att bibehålla en god arbetsmiljö.

Ett fantastiskt arbete har utförts av alla engagerade medarbetare och våra handledare. För oss i teamet har det varit stimulerande att jobba ihop på detta sätt och medfört insikter i alla yrkeskategoriers uppgifter och villkor. Vi har lärt oss ett effektivt och modernt arbetssätt som vi kommer att fortsätta använda.

Med stöd och mandat från våra två verksamhetschefer har det arbete som lagts ner medfört varaktiga positiva förändringar som kommer barn i regionen till godo.

Bakgrund

Dagkirurgi på Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus är en växande verksamhet som innefattar ett flertal olika specialiteter och verksamhetsområden (urologi, kirurgi, ortopedi, medicin, öron- och ögonkirurgi). Inom dagkirurgen behandlas barn från tre månader upp till 16 års ålder. Behovet av dagkirurgi har successivt ökat och sista åren överstigit utbudet, därmed har vi inte kunna hålla vårdgarantin för alla patienter. Trots att vi arbetade hårt behövde vi se över hela vårt arbetssätt för att om möjligt, med befintliga resurser, kunna öka vår kapacitet på dagoperation och dagavdelning 320. De olika aktörerna behövde öka kunskapen om varandras arbete, förbättra samarbetet och därmed öka effektiviteten.

Dagoperation har 2008 frikopplats från centraloperation på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus och blivit en egen enhet tillsammans med avdelning 320. Detta gav goda möjligheter till att delta i ett förändringsarbete som

bättre flyt på opererande verksamheter. Att dagoperationsavdelningen och avdelning 320 ligger alldeles intill varandra har varit en framgångsfaktor, likaså att en koordinator tillsattes i januari 2008. Koordinatoren har arbetat med väntelistorna till dagkirurgen och dessutom strukturerat och fördelat operationsutrymmet. Tidigare hade det administrerats av personalen från avdelning 320 och en helhetssyn över väntelistan saknades.

Syfte

Huvudsyftet med detta projekt var att öka tillgängligheten och flödet för alla dagkirurgiska patienter på dagoperation, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Mål

Vi satte som övergripande resultatmål att 100% av alla dagkirurgiska urologi- och kirurgipatienter skall opereras inom vårdgarantins 90 dagar. De delmål eller processmål som vi bedömde relevanta för att bestående kunna lyckas uppnå huvudmålet var att:

- Hundra procent av första planerade anestesitid skall starta senast klockan 08:15 måndag-torsdag på respektive operationssal
- Anestesitiden skall öka med 25% per operationssal mellan klockan 08:15-15:15 måndag-torsdag
- Nittio procent av alla dagkirurgiska patienter skall opereras på första utlovade operationsdag
- Med en medarbetarenkät mäta att arbetsmiljön blir oförändrat god eller bättre

Genomförande

Vi startade genombrottsprojektet med att en grupp representerande samtliga yrkeskategorier från dagavdelning 320 och dagoperation skapades. Vi fick klinikledningens uppdrag och mandat att delta i ett så kallat genombrottsprojekt i VGRs och SKLs regi.

Vi kartlade alla patientflöden och alla yrkeskategoriers arbetsuppgifter. Utifrån detta tog vi fram förslag kring förändrade arbetsrutiner som vi systematiskt testade och vid positivt utfall omedelbart införde. Detta gjordes samtidigt som vi kontinuerligt mätte vecka för vecka hur vi uppfyllde vårt huvudmål och våra delmål.

Då det är så många intressenter på vår dagoperationsavdelning utförde vi ett stort informationsarbete med att informera på arbetsplatsträffar, skicka veckorapporter via e-post och publicera i väggtidningsform på avdelningen. Detta gjorde att vi fick med oss de flesta i förändringsarbetet och att många fler än projektgruppen bidrog aktivt med förslag till tester. Totalt gjorde vi 28 stycken så kallade PDSA (Plan Do Study Act) tester under 2008. Detta är exempel på tester som vi gjort och infört efter positivt utfall:

Anestesiläkaren kommer till avdelning 320 tidigare på morgonen och bedömer preoperativt de första patienterna på operationsprogrammet och går sedan till sitt morgonmöte.

Undersköterskan på dagoperation genomför funktionskontrollen av anesthesiapparaten på morgonen och vid behov av hjälp tillkallas anesthesisjuksköterska.

Personalen på avdelning 320 kommer in till operation med de två första patienterna på morgonen istället för att anestesipersonalen hämtar patienterna.

Personalen på avdelningen ansvarar för att den perifera venkatetern blir satt på de första patienterna före klockan 08:00.

Anestesisköterskan ansvarar för att anesthesiutrustning blir framplockad till nästa patient under pågående operation.

Personalen på avdelning 320 skriver ingen ankomstanteckning i den elektroniska patientjournalen Melior när patienten kommer till avdelningen. Preoperativ checklista fylls i dagen innan vid telefonsamtalet med föräldrar/patienten.

Operationsjournalen skrivs inte ut som papperskopia utan den finns att läsa i Operätt.

Under en fokusvecka testade vi att arbeta i tre operationslag på dagoperation.

Koordinatoren bokar in extra patienter under en vecka för att maxa operationsprogrammet.

Förutom dessa tester genomförde vi även andra förändringar:

- Avdelningskoordinatören gick igenom väntelistan som vid 2008 års början innehöll 657 patienter. Vid första revideringen kunde drygt 100 patienter plockas bort. Det var gamla väntelistor på patienter som redan var opererade, patienter som inte var aktuella för operation eller som skulle opereras på centraloperation.
- Ett nytt program för sterilisering och hantering av instrument har införts.
- Avdelning 320 har bytt ut alla stora otympliga sängar till bårsängar. De är smalare och mera lättmanövrerade och påverkar arbetsmiljön för personalen positivt och genererar ytterligare en vårdplats per sal eftersom dessa sängar inte är så stora.
- Schemaändringar för personal, anestesiologer och barnkirurger har genomförts för att bättre utnyttja dagoperationskapacitet.

Resultat

Kurvan för hur vi uppnått vårt huvudmål visar en ständig förbättring bortsett från september månad där försämringen var förväntad. Försämringen är resultatet av att dagoperation hade stängts eller reducerad verksamhet under sommaren. De barn som opererades i september hade väntat över tre månader.

I januari 2009 uppnådde vi resultatmålet att 100% av våra patienter som opererats på dagoperation blev åtgärdade inom vårdgarantins 90 dagar.

Prognos inför resten av år 2009 är att vi kommer att hålla detta under resten av året. Fortsatta mätningar kommer att göras.

Att vi når vårt uppsatta resultatmål indikerar att våra processmål hjälpt oss i vår strävan att få alla patienter opererade inom vårdgarantin. Enkäter under projektets gång visar att vi har kunnat bibehålla samma goda arbetsmiljö som vi hade dessförinnan.

Projektledare

Sandra Danell

sandra.danell@vgregion.se

PM- kuratorsarbete i utveckling Kvinnosjukvård och cancersjukvård

Genom PM utifrån olika diagnosgrupper tydliggörs kuratorns psykosociala behandlingsarbete. PM skapar dessutom möjligheter till:

1. Kvalitetssäkring
2. Information
3. Utvärdering
4. Vidareutveckling

Bakgrund

Kuratorsprofessionen är ung jämfört med de dominerande yrkesgrupperna i sjukvården. Kuratorerna har av tradition beskrivit sitt arbete i generella, teoretiska termer och genom praktiska exempel. De enskilda kuratorerna har själva utifrån teorier och metoder för psykosocialt arbete och utefter arbetsplatsens rådande behov, format sina arbetsuppgifter. Avsaknad av konkreta metodbeskrivningar har inneburit att professionen varit otydlig. Det har således funnits ett långvarigt behov av att inventera och systematiskt beskriva den mycket omfattande samlade erfarenheten och kunskapen som kuratorer besitter i psykosocialt behandlingsarbete, kopplat till teorier.

Vi har funnit att författande av PM i analogi med hur de medicinska professionerna beskriver sina arbetsuppgifter, är en framgångsrik väg.

Resultat

Vi arbetar med sammanlagt 35 diagnosgrupper/definierande problemsituationer och vi har hittills färdigställt nio PM. Målet är att allt vårt arbete skall vara beskrivet genom PM och på sikt också genom vårdprogram.

De PM vi hittills har tagit fram har betytt att patienterna kan erbjudas en likvärdig hjälp, oavsett vilken kurator man träffat. Vid rekrytering samt introduktion av nyanställda har PM fyllt en viktig funktion.

I vårt rehabiliteringsarbete med patienter har det hänt att Försäkringskassan har efterfrågat behandlingsplaner och då har PM tjänat som underlag för utformande av dessa.

Cancer: gynekologisk cancer, bröstcancer, sarkom, head & neck, prostatacancer, lungcancer, malignt melanom, testiscancer m fl.

Projektledare

Pär Hellberg

par.hellberg@vgregion.se

Medarbetare

Christina Stigsson*

Pernilla Dahm-Kähler

Marianne Fernell-Öborn

Emma Johansson

Gunilla Johnsson

Kerstin Landgren

Janusz Marcickiewicz

Eva Rosén

Eva Vildhede

Inger Stigh

**Biträdande processledare*

Sammanfattning

Bakgrund

Avdelning 68 är en gynekologisk vårdavdelning med planerad tumörkirurgi såväl kurativ som palliativ och akut gynekologisk vård. Här vårdas också kvinnor i livets slutskede.

Många av patienterna är i behov av insatser från hemtjänst och/eller hem-sjukvård, hospicevård eller vård på annan vårdinrättning. Många kvinnors vårdbehov är stort och planeringen påbörjades alltför sent varför vårdtiden blev onödigt lång. Detta upplevdes både av patient, anhöriga och personal som frustrerande.

Syfte/mål

Skapa ett effektivare, säkrare flöde i utskrivningsprocessen samt förbättra kommunikationen mellan avdelning och andra vårdgivare.

Genomförande

Hösten 2007 och våren 2008 genomgick processledare och bitr. processledare utbildning i processkartläggning anordnad av Centrum för Verksamhetsutveckling. Ett processteam bildades med representanter från olika yrkeskategorier. Kartläggning gjordes av patientens tid på avdelningen. Vid brainstorming framkom ett antal problemområden och handlingsplaner för tre områden arbetades fram: Utökad hälsodeklaration, identifiera vårdgivare i öppenvård och skapa rutiner för öppen retur.

Resultat

Skapat en hälsodeklaration som ger en bild över patientens ”normalsituation”, boendeform, hjälpmedel, hemtjänst m.m. Vid mätning 061127-061217 var 7.8 % vårdgivare dokumenterade i journalen. Vid nästa mätning 071126-071216 var 52.6 % vårdgivare identifierade. Dokument för öppen retur har utformats så att svårt sjuka patienter kan känna en trygghet i att åka hem men ändå ha möjlighet att återkomma direkt till avdelningen utan att besöka gynakuten först.

Slutsats

Kunskapsnivån och intresset för utskrivningsprocessen har höjts hos alla medarbetare. Vikten av att vårdplanering utförs på ett korrekt sätt är känt av alla yrkeskategorier idag. Att skapa trygghet för patienten och hennes anhöriga vinner alla på.

Projektledare
Carina Iloson

Medarbetare
Karin Båtelson¹
carina.iloson@vgregion.se
Sven Wallerstedt²

¹Klinisk neurofysiologi, SU/Sahlgrenska

²Invärtesmedicin, SU/Sahlgrenska

Aktion Avvikelse på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sammanfattning

Bakgrund

Många händelser och systemfel ses i den dagliga vården där risk för skada för patienten kan tänkas uppkomma. Avvikelsesystemen är ett sätt att få fokus på det men används i ringa utsträckning av läkargruppen. Göteborgs Sjukhusläkarförening kom med idén om aktionen och genomfördes i samarbete med Göteborgs Läkarförening.

Syfte/mål

- Att få läkargruppen att se avvikelsesystemet som en väg för att uppnå förbättringar.
- Att korrekt underlag om felaktigheter och brister i vården skall finnas vid förbättringsarbete.
- Att skapa en gemensam aktion för att ge ökad samhörighet i gruppen.
- Att få läkare använda avvikelsesystemet även efter aktionen.

Genomförande

- Utformande av Avvikelsesticka med information om aktionen och ”checklista” på företeelser som skulle anmälas. (Finns nu att beställa på Läkarförbundet).
- Överenskommelse om tidsperiod (oktober v 43).
- Möte med alla klinikombud och chefläkare för information om avvikelsesystemets regelverk.
- Utskick av brev till alla medarbetare och chefer, samt kontakt med sjukhusdirektör.
- Utformande av Power-point-presentation för klinikombud att dra för medarbetare.

Resultat

Avvikelserapporterna ökade femfaldigt jämfört med snitt under årets tidigare månader och sexfaldigt jämfört samma tidsperiod föregående år och avtog därefter. Mycket varierat innehåll på avvikelser som rör väntetider, IT-system, avvikelsesystemet (!), utrustning och läkemedel, osv.

Mindre avvikelser har åtgärdats omedelbart vilket tidigare med bara muntligt påpekande inte gått att ändra. Andra avvikelser bearbetas ännu. Aktionen gick inte att genomföra på flera ställen trots goda intentioner pga tidsbrist, ledigheter och annat men många försökte åtminstone rapportera något. En brist som påvisats är att flera rapporter avskrivs omedelbart, på fel nivå utan att förbättring påvisats och utan återkoppling till rapportören.

Slutsatser

- Antalet avvikelser ökade flerfaldigt.
- Aktionen kändes positiv ur fler aspekter.
- Andra yrkesgrupper hörde talas om det och ville också delta.
- Många läkare kände inte till Socialstyrelsens regelverk och hade inte fått information om och utbildning i MedControl.

Vi önskar förnya aktionen med nya varianter, ex specifika teman såsom rondverksamhet, IT -system alt. inrikta oss på specifika avdelningar, ex. akutmottagningen.

Projektledare

Carina Iloson

carina.iloson@vgregion.se

Medarbetare

Lena Bergendahl*

Nataly Diaz

Lilian Engström

Bodil Kristianson

Lena Österman

**Biträdande projektleddare*

Sammanfattning

Bakgrund

Kvinnor har under alla tider utsatts för sexuella övergrepp och sökt sig till sjukvården. Brister i samarbetet mellan polis och sjukvård upptäcktes. Spårsäkringsmaterial och checklistor fanns men det saknades en handlingsplan och kunskap att spårsäkra på ett säkert sätt.

Journaldokumentation var ej enhetlig, fotodokumentation gjordes med en polaroidkamera. Kvinnosjukvården tog även hand om flickor <16 år. Uppföljningen var också bristfällig.

Syfte/mål

Öka samarbetet med polis, rättsmedicin och andra sjukvårdsinrättningar för att kvinnan ska få ett kompetent och säkert omhändertagande vad gäller fysisk och psykisk vård. Utarbeta gemensamma riktlinjer.

Genomförande

År 2002 påbörjades förbättringsarbetet genom att en barnmorska utsågs till kontaktperson för patient, sjukvård, kurator och polis. Istället för återbesök till läkare övertog barnmorskan dessa. En arbetsgrupp bildades 2005 och bestod av gynekolog, kurator, undersköterska och tre barnmorskor. Kontakt togs med polis, Statens Kriminaltekniska Laboratorium (SKL), barnsjukvården, Nationellt kvinnocentrum i Uppsala, Infektionskliniken, könsmottagning, bakt- och virologlab. Därefter utformades ett PM. Checklistor och patientinformation kompletterades. Interna utbildningar startade till alla medarbetare. En digitalkamera inköptes varvid behov uppstod att säkra bildhanteringen från minneskort till CD.

Resultat

Spårsäkringen sköts nu enligt SKL:s anvisningar. Gemensamma riktlinjer med polis har utarbetats. Samarbete med barnsjukvården har resulterat i att flickor <16 år omhändertas där. Vi erbjuder hepatitvaccinering kostnadsfritt. Bra bilddokumentation på kroppsskador görs och rutiner har tagits fram för säkrare bildhantering. En barnmorsketjänst på 50 % tillsätts 1/1 2009 för denna patientgrupp. Arbetsgruppen föreläser på konferenser och utbildningar samt tar emot studiebesök.

Slutsats

Genom ett kontinuerligt förbättringsarbete med polis, andra myndigheter och andra sjukvårdsinrättningar har vi fått en ökad kunskap om varandras arbetsområden.

Gemensamt har vi arbetat fram riktlinjer och mål för omhändertagandet av den utsatta kvinnan.

Utveckling och kvalitetssäkring av abortverksamheten

Projektledare

Marianne Johansson

marianne.johansson@vgregion.se

Medarbetare

Monika Axelsson

Marie Gudmunsson

Junis Gustavsson

Margareta Olausson

Katerina Storek

Ulla Tygeson

Sammanfattning

Bakgrund

Förändringar inom abortverksamheten har skett både nationellt och internationellt. Sedan den svenska abortlagen instiftades 1975 har nya abortmetoder tillkommit. Medicinsk abort i tidig graviditet är under ständig utveckling och idag väljer kvinnor denna metod i högre utsträckning än den kirurgiska.

I dagsläget utförs tidig medicinsk abort fram till graviditetsvecka 9+0 och kirurgisk abort vid SU fram till graviditetsvecka 13+6. Förändringarna ställer större krav på verksamheten i form av ökad tillgänglighet och förbättrad patientsäkerhet. Krav och önskemål på bättre tillgänglighet i form av kortare väntetider för induktion av abort ställs både av kvinnorna och av Socialstyrelsen.

Syfte

Kvalitetssäkra och nå upp till de krav Socialstyrelsen ställer på dagens abortvård.

Genomförande

En tvärprofessionell arbetsgrupp bestående av barnmorska, läkare, kurator, sekreterare och undersköterska tillsattes. Teamet arbetade med nedanstående utvecklingsområde utifrån det uppdrag som givits av verksamhetschefen.

- Barnmorska sköter tidbokning
- Öka antalet medicinska aborter på bekostnad av de kirurgiska
- Hemaborter, PM och riktlinjer utarbetas
- Datajournal utvecklas
- Diagnossättning förbättras
- Underlag för statistik rörande abortverksamheten tas fram
- Forum för gynekologer - barnmorskor

Resultat

- Planering av vårdkedjan kring aborten sker vid tidsbokningen. Vid integrerat abortbeslut och önskemål från kvinnan kan tidig medicinsk abort påbörjas redan vid läkarbesöket. Abortbeslut, metod för avbrytande, ev. samtal med andra professioner och funderingar kring preventivmedel är områden som belyses vid första kontakten med barnmorskan.
- Antalet tidigt medicinska avbrytande har under året ökat och utgjorde 52% av totala antalet avbrytande eller 70% av graviditeter som avslutas före grav vecka 9+0.
- Allt fler kvinnor önskar fullfölja medicinsk abort i hemmet. 20% har valt detta under 2007, motsvarande siffra för 2008 är 29%. PM och riktlinjer för att säkra patientvården utarbetades.

Projektledare

Lena Otterlind

lena.otterlind@vgregion.se

Medarbetare

Kristina Cederlund*

Susanne Gullbrandson

Monica Hallberg

Madeleine Kurtén

Kerstin Landgren

Gunilla Larnö

Birgitta Näslund

Magdalena Roos

Inger Stigh

Ulrika Ternevi

**Biträdande projektledare*

Sammanfattning

Bakgrund

Avdelning 67 är en allmängynekologisk vårdavdelning med planerad benign kirurgi och akutvård. Dagtid omhändertas jourfall på den Gynekologiska akutmottagningen. Klockan 21.00 flyttar akuten upp till avd. 67, som har 22 vårdplatser. Projektet initierades p. g. a. ett stort sparbetning hösten 2007 samt att det finns för få dagkirurgiska platser. Vårdenhetschefen bedömde att vid 16 patienter/natt så skulle man kunna minska personaltätheten med en person från fyra till tre. Verksamhetschefen beviljade en minskning av vårdplatserna utåt till 16 då dagvårdspatienter inte syns i det vårdadministrativa systemet.

Syfte

Minska antalet inneliggande patienter från 22 till 16 och därigenom kunna minska med en personal/natt måndag-torsdag samt öka möjligheten till dagvård för de patientkategorier där det passar.

Genomförande

Innan projektet startade den 8/1 2008 hölls ett informationsmöte för operations- och narkospersonal för att poängtera vikten av att dessa patienter måste komma ner tidigt på dagen. Rutiner för narkosbedömning ändrades till att friska patienter som skulle genomgå småingrepp och laparoskopi inte behövde träffa narkosläkare personligen utan endast journalen lämnades ner. Detta medförde kortare tid för patienten på avdelningen och lunchbrickorna kunde ersättas med smörgåsar och kaffe. Registrering i det patientadministrativa systemet och informationen i patientbroschyrerna ändrades. Diskussion fördes med narkosläkare gällande snabbverkande läkemedel om patienten var mycket orolig.

Resultat

Av urobäckens planerade operationer 2008 (480 st.) bokades 157 som Dagvård = 33 %. Av dessa gick 70 % hem som planerat på kvällen. Dagvården har också medfört att vissa patienter som opererats i slutenvården gått hem på kvällen (TVT, laparoskopi). Trots projektet saknas fortfarande sängar till patienter som kommer på operationsdagens morgon, vilket gjort det omöjligt att minska med en person/natt måndag-torsdag.

Väntetiden vid inskrivning på avdelningen har minskat från fem timmar till tre timmar för friska patienter, som ej skall genomgå laparotomi.

Slutsats

Övergång till dagvård inom slutenvård bli allt vanligare (Se Områdets balanserade styrkort i Processperspektivet). Utan projektet hade överbeläggningarna varit ännu fler. I dagsläget gynnar inte de administrativa systemen verksamhet som försöker korta vårdtider på olika sätt:

- Datajournal utarbetades för att kvalitetssäkra vården av patienten. Berörd personal dokumenterar i gemensam journalanteckning. Dokumentationen är tillgänglig inom hela den gynekologiska verksamheten. Denna finns idag både på SU/Sahlgrenska och på SU/Östra.
- Förbättring och utveckling av diagnossättning har lett till ökad möjlighet att ta fram statistik. Denna interna kvalitetssäkring visar månadsvis antal aborter, abortmetoder men också förekomst av komplikationer som är relaterade till aborten. Därmed har också säkring av statistik som rapporteras till Socialstyrelsen skett.
- Gemensamt forum med möjlighet att diskutera aktuella frågeställningar, där barnmorskor, gynekologer och även kuratorer, undersköterskor och sekreterare kan delta har utvecklats.

Konklusion

Kvinnorna är nöjda med tidbokningsmodellen och de är bättre informerade inför aborten än tidigare. Tiden mellan läkarbesök och avbrytande har kortats för de kvinnor som så önskar. Andelen medicinska aborter har ökat. Kvinnor som väljer att avsluta aborten i hemmet anser att detta fungerar bra och är nöjda med sitt val. Utvärdering med hjälp av patientenkät har skett.

Projektet har lett till en ökad patientsäkerhet, kortare väntetider och en bättre intern kvalitetskontroll av abortverksamheten.

Projektledare

Mathias Pålsson
mathias.palsson@vgregion.se

Medarbetare

Ulla Cederberg
Kristina Cederlund
Berit Ottermark
Lena Otterlind
Karin Persson*
Madeleine Sellén
Inger Stigh

**Biträdande projektledare*

Sammanfattning

Bakgrund

Avdelning 67 är en allmän gynekologisk vårdavdelning med planerad benign kirurgi och akutvård. Patienten kallas till inskrivning 1-5 dagar innan den planerade operationen. Följande sker: gynekolog utför undersökning och tar medicinsk anamnes, sjuksköterska/barnmorska utför ankomstsamtal med omvårdnadsanamnes, information om preoperativa förberedelser och förväntat vårdförlopp, en undersköterska tar prover och ev. EKG samt en sjukgymnast informerar om mobilisering. Sist i vårdkedjan utför en narkosläkare bedömning samt ordinerar anestesi och analgetika. Patienter och personal upplevde dagen som ineffektiv och rörig med långa väntetider. Samtliga patienter där narkos planerades träffade anestesilog oavsett typ av ingrepp och hälsostatus.

Syfte

Syftet var att effektivisera inskrivningen inför elektiv kirurgi.

Genomförande

Hösten 2007 till våren 2008 genomgick projektledarna en utbildning i processledning anordnad av Centrum för Verksamhetsutveckling. En projektgrupp bildades bestående av representanter från samtliga personalkategorier. Nyckelpersoner från andra enheter som anestesi- och operationsavdelning samt sjukgymnastik och enhetens koordinator har även adjungerats vid behov. Gruppen har diskuterat problem/risker samt kommit fram till förbättringsåtgärder. De högst prioriterade områdena var: Identifiera riskpatienter, ge en god och enhetlig information, möta patienten på ett professionellt sätt, respektera patientens tid, att korrekta uppgifter lämnas till anestesi- och operationsavdelning samt att operationsmetod är bestämd.

Resultat

Patienten träffar gynekologen först i processen. Operationsmetod bestäms på ett tidigt stadium, man kan undvika dubbeldokumentation och onödig provtagning. Patienter som bedöms som friska där mindre ingrepp planeras träffar inte anestesilog. Väntetiderna har förkortats betydligt. Kommunikationen till operations- och narkosavdelningen har förbättrats.

Slutsats

Processen fortgår. Problem har identifierats, förbättringar genomförts och utvärderats och delvis införts som rutin. Det tvärprofessionella arbetssättet har medfört en ökad förståelse för varandras ansvarsområden.

Projektledare

Eva Rosén

eva.rosen@vgregion.se

Avdelning 68

Vikten av att ta upp ämnet ”Sexualitet och samlevnad” i samband med operation av livmoderhalscancer

Sammanfattning

Bakgrund

Avdelning 68 är en gynekologisk vårdavdelning med planerad tumörkirurgi såväl kurativ som palliativ.

Cervixcancer är globalt sett den näst vanligaste cancerformen bland kvinnor och 83 % inträffar i utvecklingsländerna. I Sverige är sjukdomen ovanlig och år 2005 insjuknade 429 kvinnor och samma år avled 136 av denna sjukdom. Samma år insjuknade 65 kvinnor i Västra Götalandsregionen. Drygt hälften av dessa kvinnor vårdades på avd. 68 i samband med operationen. Medianåldern för insjuknande är 59 år men en ¼-del är yngre än 40 år. Tack var screeningprogrammet med cytotlogprovstagnning har såväl incidens som mortalitet halverats. Mer än 98 % av alla fall orsakas av humant papillomvirus (HPV). Ett HPV-vaccin är nyligen framtaget och har nu börjat användas.

2001-2003 genomfördes projektet ”Förbättrad sexologisk information till patienter som opererats för gynekologisk cancer” på avdelningen av en barnmorska (Karin Junsog) och en sjuksköterska (Birgitta Hermansson) med stöd från Cancerfonden. Projektet begränsades till att omfatta kvinnor som fått diagnosen cervixcancer och 31 kvinnor ingick i projektet med en medelålder på 43 år.

Studien bekräftade antagandet att informationen när det gällde den sexuella problematiken var mycket eftersatt. Att få en cancersjukdom medför oftast en livskris då allt förändras och diagnosen uppfattas som ett dödshot, vilket startar en rad psykologiska reaktioner. Partnern och andra anhöriga drabbas också av beskedet. Den känsliga kommunikationen, också på det sexuella planet, påverkas. Sexualiteten är en integrerad del av varje människas personlighet. Projektets syfte var att implementera ett nytt arbetssätt hos vårdpersonalen så att även efter projekttiden skulle informationen bli en naturlig del i omhändertagandet av kvinnor med gynekologisk cancer.

Syfte

Att förbättra informationen och att samtidigt få nya medarbetare att se och förstå behovet av sexologisk information.

Genomförande

Litteraturgenomgången påbörjades i slutet av 2008 och uppsatsen beräknas färdig under hösten 2009.

Projektledare

Lotta Wassén
*ann-charlotte.wassen@vgre-
gion.se*

Medarbetare

Marie Blomén
Anna Brännström
Marina Carris
Kristina Cederlund
Lisa Eek-Branzell
Margret Eklöf
Birgitta Näslund
Gun-Britt Oscarsson
Lena Otterlind
Inger Stigh*
Bengt Tunerstedt
Monica Åström

**Biträdande projektledare*

Sammanfattning

Bakgrund

Sedan bildandet av Sahlgrenska Universitetssjukhuset har antalet akutsökande kvinnor ökat från 11 000/år 1997 till 16 000/år 2008. Dagtid omhändertas patienterna på den Gynekologiska akutmottagningen på Sahlgrenska. Klockan 21.00 flyttar akuten upp till avd. 67, som förutom akutpatienterna, har 22 vårdplatser för nyopererade patienter. På grund av den ökade tillströmningen av akutpatienter medför flytten ett störande inslag på avdelningen för inneliggande patienter och för medarbetarna en mycket ansträngd arbetsmiljö. I gruppen akutsökande ingår kvinnor som utsatts för sexuellt våld och där har skett en ökning med >100 % från 90 kvinnor 2003 till 191 2008. Denna grupp kräver mycket tid samt stor medicinsk- och omvårdnadsmässig kompetens. Innan projektstart (080225) hade en ny mottagning öppnats med bokade tider för kvinnor med blödning i tidig graviditet samt telefonrådgivningen överflyttats från Gynakuten till Gyn. mottagningen dagtid samt resten av dygnet och helger till Sjukvårdsrådgivningen.

Syfte/mål

Minska antalet akutsökande patienter på vårdavdelning under natten (kl. 21-07) samt även dag- och kvällstid (kl. 07-21).

Genomförande

Verksamhetschef Inger Bryman gav 080225 i uppdrag till en tvärprofessionell grupp med deltagare från den gynekologiska akutmottagningen samt avd. 67 och 68 (dag- och nattpersonal) att kartlägga akutprocessen, göra en SWOT-analys samt initiera tester/genombrottsprojekt. Hittills har gruppen gjort två SWOT-analyser. Tester har genomförts med förlängd öppetid på akutmottagningen vilket krävde schemaförändring för sjuksköterskor, förskjutning av läkarnas arbetstid, omfördelning av patienter mellan de två dagjourerna, ny arbetsordning för undersköterskor och jourläkare och en enkät till patienter om telefonrådgivning har genomförts. Ny rutin har införts på avd. 67 då överrapportering kl. 21 ej sker på expeditionen utan i avskilda rum. Expeditionen frigörs istället för akutens personal att rapportera patienter som följer med upp. På Gynakuten har ankomstsamtalen utökats med att samtliga patienter tillfrågas om de har egen gynekolog och detta dokumenteras i Melior. Om återbesök krävs remitteras patienten dit. Om kvinnan saknar fast gynekologkontakt ges information om vart hon i fortsättningen kan vända sig vid mindre gynekologiska besvär.

Resultat

Hittills har ingen minskning skett av antalet patienter varken under natten eller dagen. Projektet fortsätter därför under 2009 med bl. a. försök att öka tillgängligheten med 10-20 tider/dag i öppenvården så att man vid telefonrådgivning kan erbjuda en tid inom 1-2 dygn.

Projektledare

Inger Bryman

inger.bryman@vgregion.se

Medarbetare

Ann-Louise Gejervall

Kersti Lundin

Brita Olofsdotter

Ulrika Selleskog

Ann Thurin Kjellberg

Sammanfattning

Bakgrund

Det har kommit direktiv från EU om hur kliniker som handskas med celler och vävnader ska reglera sin verksamhet. Ett av EU:s krav är att dessa kliniker ska ha ett kvalitetssystem och vara "ackrediterade, certifierade eller licensierade". Detta direktiv har styrt vårt beslut att certifiera Reproduktionsmedicin. Det finns ytterligare flera anledningar att genomgå en kvalitetssäkring. Den uppenbara är naturligtvis att man vill kunna visa att det man gör uppfyller en viss kvalitet och att alla medarbetare arbetar på ett likartat sätt. En certifierad verksamhet utvärderar kontinuerligt sina processer bland annat genom att utföra interna och externa revisioner. Syftet är att ständigt förbättra processerna. Det kommer med största säkerhet att medföra att vi förenklar våra processer, hittar snabbare och effektivare sätt att genomföra arbetet, och minimerar risk för fel och misstag.

Regler för att verksamheter som hanterar cell och vävnader skall arbeta kvalitetssäkrat är nu implementerade i svensk lagstiftning och föreskrifter beräknas vara klara under 2009. Vi kommer därmed att från hösten 2009 få regelbunden tillsyn av ett certifieringsorgan (Det Norske Veritas) samt från Socialstyrelsen.

Syfte

Syftet med projektet är att under 2009 certifiera den del av Reproduktionsmedicins verksamhet som omfattar assisterad befruktning. Detta inkluderar det reproduktionsmedicinska laboratoriet och stora delar av vår kliniska avdelning.

Genomförande

Projektet startades i december 2007 och målet är att bli godkända som en certifierad verksamhet under december 2009. För detta krävs att vi ska kartlägga och strukturera upp ett ledningssystem som utgår från krav ställda enligt specificerad standard i ISO 9001.

Samtliga medarbetare är involverade i certifieringen och har därmed möjlighet att aktivt påverka hur det dagliga arbetet skall utföras i olika delar av processerna.

Arbetet mot ett certifikat omfattas av flera delar. En viktig del av arbetet består av processkartläggning av vår verksamhet dvs. beskriva vad vi gör, hur vi gör det, vad vi behöver för att göra det, o.s.v. För att sedan säkerställa ett optimalt flöde av våra processer så har ett antal personer utbildats i processansvar. Parallellt med processkartläggningar produceras och revideras arbetsbeskrivningar, PM och manualer, som kopplas till processkartorna via ett dokumenthanteringssystem. Ledningssystemet som består av processkartor och tillhörande dokumentation kan beskrivas som en portal in till hela vår verksamhet. Samtliga medarbetare har genomgått en utbildning i ledningssystemet, därtill har även cirka ett 10-tal medarbetare utbildats till interna revisorer. Genomförandet av certifieringen sker parallellt med ordinarie verksamhet.

Resultat

Vi är på väg. Att förvärva certifikatet vilket givetvis är det stora målet för 2009 är egentligen bara början på ett nytt arbetssätt som vi håller på att införa. Bara genom att ta ett beslut om en certifiering så har vi satt fokus på att arbeta med förbättringar i verksamheten. Mål och resultat blir tydligare för alla medarbetare och därmed ökar möjligheten att genomföra förändringar och driva verksamheten framåt.