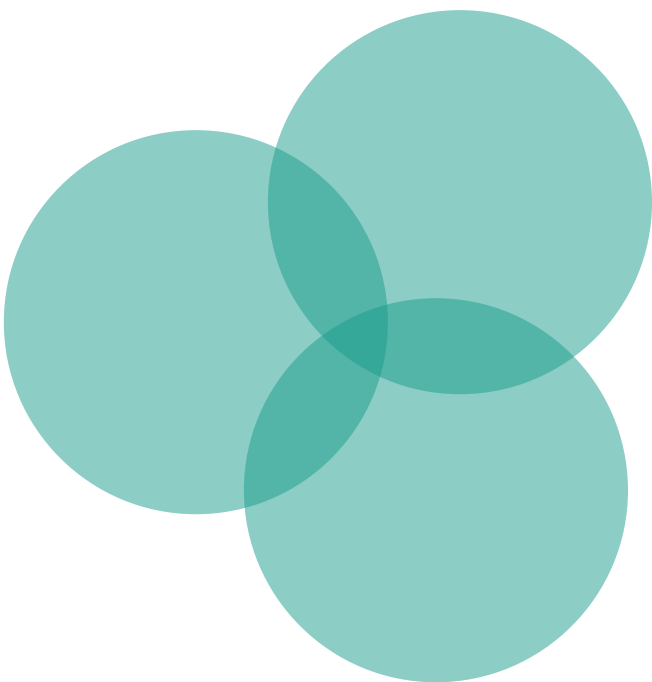


Förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård

Projektrapport version 1 september 2015





Förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård – Projekt rapport version 1 september 2015

Sammanfattning

Projektet "Förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård" initierades av kvalitetsregistret RättsPsyK där det i registrets årsrapport för 2013 framgår att cirka 70% av de patienter som hade skuldbörda vid inskrivning i svensk rättspsykiatrisk vård har oförändrad eller försämrade skuldbörda efter vårddagen. Forskning visar att den personliga ekonomin har betydelse för den psykiska hälsan och för återfall i brott. Tretton av landets 25 Rättspsykiatriska enheter deltog med var sitt förbättringsteam i projektet som pågick under elva veckor våren 2015. Det genomfördes i ett samarbete mellan kvalitetsregistret RättsPsyK, registercentrum Norr, Memeologen och deltagande verksamheter.

Alla deltagande team förväntades ta tag i projektets samtliga områden genom att reflektera kring alla konceptsamlingens beskrivna framgångsfaktorer samtidigt som det var tydligt utsagt att alla team skulle jobba i självvald takt och med start i den ände som var mest relevant för den egna verksamheten. Teamen delade erfarenheter via en projektplattform samt under projektets gemensamma möten. Start och avslutande möte var fysiska träffar, däremellan hölls fem webbmöten. Projektledare coachade teamen både i grupp och enskilt främst via projektplattformen och under möten men även via mail och telefonkontakt.

Rapporten beskriver projektet från förberedelser fram till avslutande möte i juni 2015.
Copyright © 2015 Registercentrum Norr

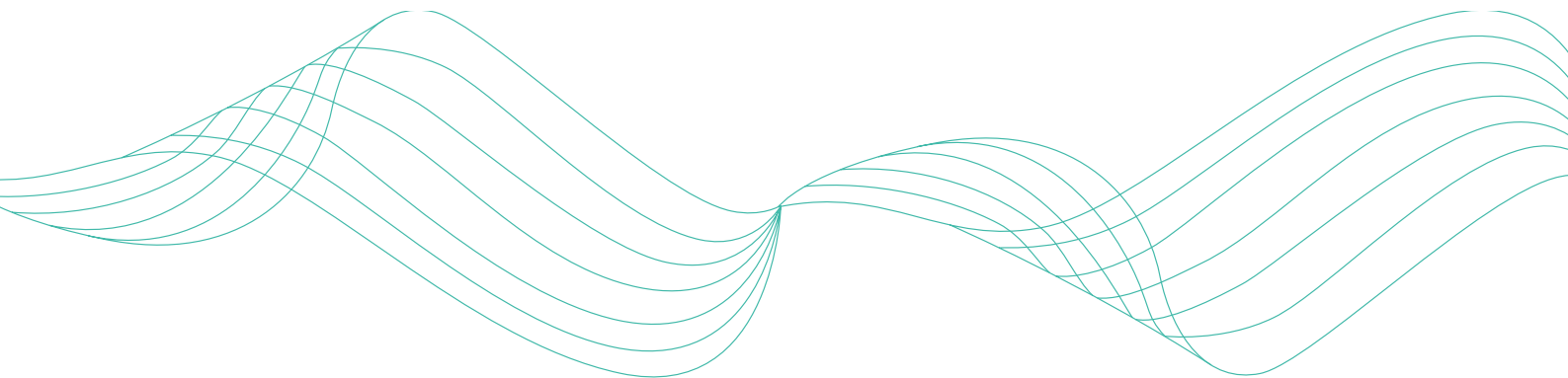
Kopiera och använd gärna detta material i icke kommersiellt syfte under förutsättning att innehållet inte ändras och att passande tillskrivning till Registercentrum Norr som källa sker. Vid behov, citera materialet enligt följande;

Edström A, Hörnlund H. Förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård – Projekt rapport version 1 september 2015. Registercentrum Norr. 09-2015.
(Tillgänglig på www.vll.registercentrumnorr.se)

Författare

Anders Edström, Registercentrum Norr och Memeologen. anders.edstrom@vll.se

Åsa Hörnlund, Registercentrum Norr. asa.hornlund@vll.se



Innehållsförteckning

Medverkande	6
Bakgrund	7
Arbetets syfte och mål	7
Arbetsprocess och metod	8
Projektets resultat och effekter	13
Projektledningens lärdomar och reflektioner	16
Bilagor	20
Lägesrapport efter elva veckor	20
Exempel ur projektets arbetsbok	20

Medverkande

Om RättsPsyK

Det nationella kvalitetsregistret RättspsyK verkar för att över tid kunna följa de vårdinsatser som ges inom rättspsykiatrisk vård och ge underlag till förbättringsarbete och klinisk forskning för att ge patienterna en trygg och säker vård.

Genom registrets styrgrupp pågår löpande analyser av resultaten av den rättspsykiatriska vården i Sverige. Dessa sammanfattas och görs tillgängliga i tryckta årsrapporter som publiceras och sprids en gång per år.

Om Deltagande team

Samtliga Sveriges 25 rättspsykiatriska kliniker bjöds in att delta i projektet. Tretton enheter anmälde var sitt team: Brinkåsen, Falköping, Göteborg, Karsudden, Kristinehamn, Stockholm, Sundsvall, Säter, Uppsala, Vadstena, Växjö, Öjebyn och Örebro.

Om patientmedverkan

Under projekttiden har deltagande team på olika sätt involverat verksamhetens patienter i förbättringsarbetet. Några exempel på patientmedverkan är team som har genomfört enkäter eller intervjuer med patienter samt att flera team hunnit komma igång med att utveckla nya metoder och verktyg i samarbete med den egna verksamhetens patienter.

Om Registercentrum Norr

Registercentrum Norr verkar för att skapa synergieffekter i samarbetet mellan register, erbjuda teknisk drift, göra statistiska analyser, medverka till att registerdata blir användbara samt att ge stöd till kvalitetsregisterbaserat kliniskt förbättringsarbete.

Bakgrund

RättsPsyK lyfter fram ett antal grundläggande målområden som är särskilt angelägna att påverka under patientens vårdtid och där önskvärda målnivåer har identifierats. Områdena är självskattad psykisk hälsa, självskattad fysisk hälsa, BMI samt återfall i brottslighet.

Forskning visar att den personliga ekonomin har betydelse för den psykiska hälsan och för återfall i brott^{1,2,3,4}. För att nå registrets målsättningar har därför patientens ekonomiska situation via registerdata identifierats som en viktig faktor att jobba med. För 2013 gäller att av 1321 patienter i registret anges 851 personer (64%) behöva hjälp med att hantera sin ekonomi. Samtidigt visar den senaste årsrapporten att cirka 70% av de patienter som hade skuldbörda vid inskrivning i svensk rättspsykiatrisk vård har oförändrad eller försämrade skuldbörda efter vårdtiden. Dessa siffror ser likadana ut över de år registret redovisat dem.

Registercentrum Norr gick under våren 2015 ut med ett erbjudande om stöd för att genomföra förbättringsarbeten. Detta erbjudande kom rätt i tid för styrgruppen för RättspsyK och gemensamt startades därför ett förbättringsprojekt med fokus på arbetssätt för att förbättra patienternas ekonomi under vårdtiden inom rättspsykiatrisk vård.

Arbetets syfte och mål

Att åstadkomma en förbättring är ett långsiktigt arbete. På grund av finansieringsramar var projekttiden mycket kort. Syftet med detta projekt var därför att på kort tid initiera för verksamheten relevanta förbättringsarbeten i de områden där det finns brister som kan påverka patientens ekonomiska situation, i den takt som verksamheten klarar av och med start i den ände som verksamheten finner mest relevant.

Målet med projektet är förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård.

¹ Gustafsson E, Holm M, Flensner G. Rehabilitation between institutional and non-institutional forensic psychiatric care: Important influences on the transition process. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012 Oct;19(8):729-37.

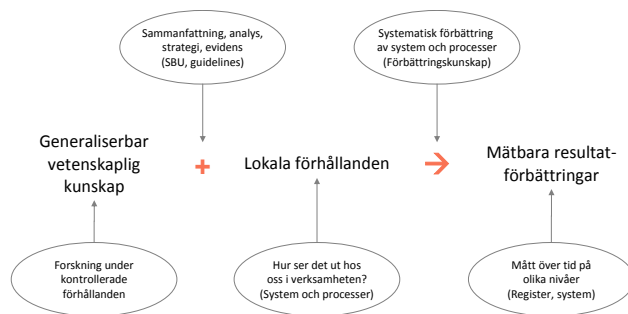
² R.G. Evans and G.L. Stoddart. Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science and Medicine* 1990;31

³ Jiang Y, Hesser JE. Using item response theory to analyze the relationship between health-related quality of life and health risk factors. *Prev Chronic Dis* 2009;6(1):A30.

⁴ [The High Price of Debt: Household financial debt and its impact on mental and physical health](#) Elizabeth Sweet, Arijit Nandi, Emma Adam, Thomas McDade. *Soc Sci Med*. 2013 August; 91: 94–100.

Arbetsprocess och metod

Ett kvalitetsregisterbaserat förbättringsprojekt initieras när kvalitetsregisterdata visar att det finns potential för förbättring. Professor Paul Batalden har beskrivit en formel som visar hur ny kunskap omsätts till praktik som leder till förbättrade resultat (figur 1)⁵. Bilden beskriver hur vart och ett av de fem stegen kan ses som ett eget kunskapsområde som kräver sina egna arbetsprocesser.



Figur 1. Formel för att utveckla och bibehålla förbättring (efter Batalden, Davidoff)

Varje förbättringsprojekt som baserats på kvalitetsregisterresultat har initierats genom ett tydligt behov av förbättrade resultat. I många fall finns evidens och guidelines och ofta skiljer sig även olika verksamheters registerresultat åt så att någon eller några klinikers resultat är märkbart bättre än andras.

En sammanställning av befintlig evidens, guidelines och goda resultat kan då användas som kunskapsbas i förbättringsprojektet. Denna kunskapsbas bör kompletteras med kännedom om förhållanden, system och processer inom aktuell verksamhet varefter projektarbetet innebär att anpassa en känd lösning till lokala förhållanden.

Designgrupp och intervjuer

Under försommaren 2014 påbörjades förberedelser av projektet "Förbättrad

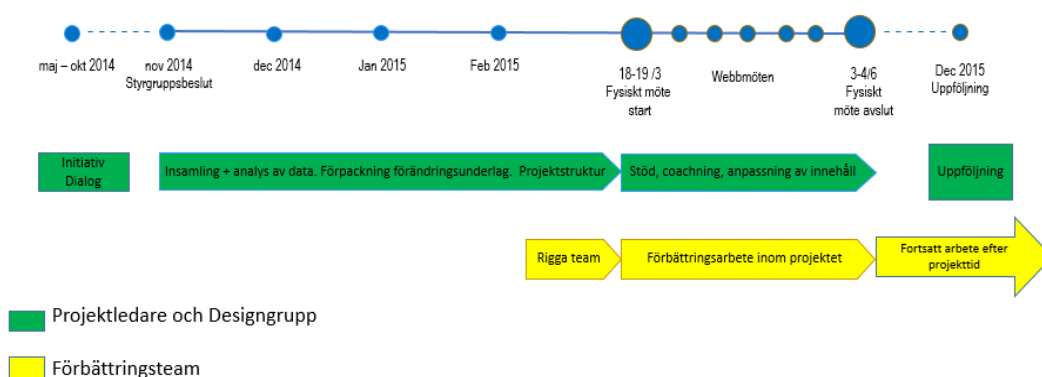
ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård" i en dialog mellan en designgrupp från RättsPsyk och projektledare från Registercentrum Norr. Designgrupp och projektledning har haft täta avstämningar under hela projekttiden för att säkerställa att projektupplägget får önskad effekt.

Av RättsPsyKs årsrapport 2013 framgår att cirka 70% av de patienter som hade skuldbörda vid inskrivning i svensk rättspsykiatrisk vård har oförändrad eller försämrad skuldbörda efter vårdtiden. Det föreligger inga signifikanta skillnader mellan kliniker vad gäller patienternas skuldbörda. Området i sig – att påverka patientens ekonomiska situation i positiv riktning – är i många stycken ett okänt område där evidens samt riktlinjer för arbetssätt och rutiner saknas.

Projektarbetet baserades därför på de intervjuer som gjordes under december 2014 – januari 2015 med 34 medarbetare vid 18 av landets rättspsykiatriska kliniker. Samtliga respondenter arbetade patientnära och hade god insikt i enhetens rutiner, strukturer och arbetssätt. Intervjufrågorna handlade om roller, kompetens, arbetssätt, förhållningssätt, mötesplatser, kommunikation och förutsättningar.

Syftet med intervjuerna var att identifiera arbetssätt och förbättringsområden kring patienternas ekonomiska situation. Intervjusvaren visade samstämmighet kring var de största utmaningarna fanns samt vilka faktorer som behövde påverkas för att komma åt problemet. Av intervjuerna framkom även att det fanns stora skillnader mellan kliniker vad gäller såväl resurser som klientel vilket innebar att ett förbättringskoncept skulle kräva många lokala anpassningar och mycket experimenterande.

⁵ Batalden, Davidoff. Qual Saf Health Care 2007;16:2-3 What is "quality improvement" and how can it transform healthcare?



Figur 2. Arbetsprocess över tid.

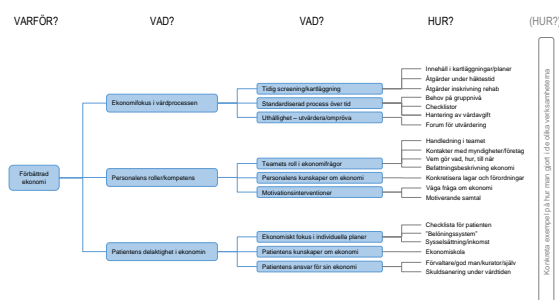
Konceptsamling

En grov tidplan med ett inledande och ett avslutande fysiskt möte plus fem webbmöten skapades. Antalet möten bestämdes utifrån en modell för distansbaserade förbättringsprojekt⁶ där ett startmöte följs av ett repetitionsmöte, därefter ett möte för vart och ett av projektets områden, ett möte för avslutsförberedelser och sist ett avslutande möte.

Bilden av förutsättningar och nuläget inom verksamheterna samt de idéer och goda exempel som framkom under intervjuerna sorterades, kategoriserades och samlades till tre områden som varje team skulle förhålla sig till under projektet; "ekonomifokus i vårdprocessen", "personalens roller och kompetens" samt "patientens delaktighet". Detta lade grunden till den konceptsamling i form av en arbetsbok som använts för att leda förbättringsteamerna framåt.

Till vart och ett av projektarbetets tre områden hör framgångsfaktorer som i sin tur brutits ned i mindre beståndsdelar för att förtydliga vad som avses. Områden med tillhörande framgångsfaktorer visualiserades i en påverkansanalys (figur 3 + bilaga).

Som ett komplement till påverkansanalysen fanns även en omfattande tipsbank där reflektioner, idéer och konkreta tips på arbetssätt samlats. Förutsättningarna för de olika klinikerna skilde sig åt i flera väsentliga punkter. Dessa skillnader utgjorde dock inget hinder för att via citat och sammanfattningar från intervjuer med personal vid andra rättspsykiatriska kliniker låta sig inspireras av hur andra gör, eller inte gör. Tipsbanken var indelad efter projektets tre områden och omfattade 17 sidor. (se bilaga, exempel på sida ur tipsbanken)



Figur 3 Den påverkansanalys som fanns med i den arbetsbok som alla team fick under startmötet.

⁶ Edström A, Hörnlund Å. Att underlätta kvalitetsregisterbaserade förbättringsprojekt med hjälp av distansmetodik. Registercentrum Norr. September 2015. (Tillgänglig på www.vll.registercentrumnorr.se)

Förväntningar på deltagande team

Startmötet hölls som ett möte lunch- lunch 18-19 mars och projektet avslutades med lunch-lunchmöte den 3-4 juni vilket ger en projekttid om elva veckor. Under perioden hölls sju gemensamma möten varav fem webbmöten.

I projekttinbjudan och under startmötet beskrevs följande förväntningar på deltagande verksamheters resurser och aktiviteter inom projekttiden;

- Varje förbättringsteam ska bestå av minst 3 personer som kan arbeta med patientens ekonomi (till exempel kontaktperson, arbetsterapeut, socionom)
- Alla team förväntas delta i projektets gemensamma möten.
- Ansvarig chef förväntas stödja projektet och stöder teamet i att avsätta tid varje vecka mars – juni 2015 för avstämning, planering och genomförande av förändringar.
- Teamet ska ha tillgång till högtalartelefon och dator under projektets webbmöten.
- Vid projekttidens slut förväntas alla deltagande team ha självskattat och pratat igenom alla beskrivna förbättringsområden.
- Vid projekttidens slut förväntas alla deltagande team ha påbörjat arbete inom alla områden där teamet påvisat brister.
- Under projekttiden förväntas alla deltagande team en gång per vecka träffa chef för avstämning och planering av fortsatt arbete.

- Under projekttiden förväntas varje enskild teamdeltagare ha gjort (kollat, provat) något varje vecka.

Fyra block

Alla projektets möten, fysiska som webbmöten, innehöll fyra block: erfarenhetsutbyte mellan deltagande team, förbättringskunskap, ämneskunskap samt tid för teamen att fundera över vad de ville ha gjort/planerat/testat innan nästa möte.

Erfarenhetsutbyte: "Här är vi nu" - teamen berättade för varandra, lyssnande på varandra, ställde frågor samt gav tips och feedback.

Förbättringskunskap: Varje lärandeseminarium innehöll förbättringskunskap, förmedlad av projektledning utan att använda modeller. Som ett exempel kan nämnas att den i förbättringsprojektsammanhang väl kända "PDSA-hjulet" aldrig visades för projektets deltagare. Däremot diskuterades och förklarades PDSA-modellens verkningar. Teamen uppmanades testa sina teorier i liten skala samt att stanna upp och reflektera över vad som händer när teamens teorier möter verkligheten.

Ämneskunskap: Tre av projektets webbseminarier hade som tema var sitt av projektets områden. Här valde projektledare och designgrupp ut ett deltagande team att berätta om hur just deras verksamhet har arbetat med det aktuella området. Team Brinkåsen berättade om "ekonomi i vårdprocessen", team Växjö berättade om "personalens roller och kompetens" och team Öjebyn berättade om "patientens delaktighet i sin ekonomi".

Att göra inför nästa möte: Varje möte avslutades med en eller två "hemuppgifter" med koppling till nästkommande möte. Alla team fick under ett par minuter fundera över hur de skulle lägga upp arbetet inom det egna teamet under tiden fram till nästa gemensamma möte.

Gemensamma aktiviteter

Under startmötet, som var ett fysiskt möte, fick alla teamdeltagare var sitt exemplar av projektets arbetsbok. Boken inleds med projektets påverkansanalys (figur 3 och bilaga). Därefter följer en beskrivning av vart och ett av projektets tre områden med tillhörande självskattningsövning samt mall för handlingsplan. (bilaga.)

Självskattningsövningen var en programpunkt under startmötet. Syftet med övningen var att underlätta att identifiera vad som var angeläget att jobba vidare med i det egna teamet. Teamen fick skatta dels hur välfungerande rutiner man tyckte sig ha, dels i vilken utsträckning man uppfattar att rutinerna tillämpas. Team som skattade att kliniken tillämpar välfungerande rutin inom en viss faktor kunde lämna detta och koncentrera sig på att påbörja skapande av handlingsplan för övriga faktorer. Teamen uppmanades fortsätta självskattningen på hemmaplan, för att få med fler medarbetares synpunkter på övningens frågeställningar.

En vecka efter det fysiska startmötet hölls ett repetitionsmöte, via webb. Syftet med att ha ett repetitionsmöte mycket snart efter startmötet var att fånga upp eventuella frågor som uppkommit när teamen arbetat vidare med självskattningsövningen i den egna verksamheten samt att få teamen att känna sig trygga i det fortsatta projektarbetet.

Efter repetitionsmötet följde ytterligare tre 90 minuter långa webbmöten, ett möte för vart och ett av projektets tre områden. Dessa möten hölls med med två till tre veckors mellanrum och avslutades alltid med att teamen fick en hemuppgift inför nästkommande webbmöte. Teamen lade in sin rapport gällande hemuppgiften i ett speciellt forum på projektplattformen. Projektledningen gav direkt feedback på varje rapport, som en kommentar i

forumet. Därefter sammanställdes alla teamens rapporter till ett diskussionsunderlag för gemensam reflektion under nästa möte. Tanken med detta var att undvika att webbmöten blir ett forum för rapportering utan att i stället låta deltagare reflektera över det som i förväg rapporterats.

En hemuppgift kunde till exempel vara formulerad så här:

1. Vem (roll) gör vad, när och hur för att arbeta med patientens ekonomiska situation?

Diskutera i teamet, prata med medarbetare och chefer.

2. Saknar vi kunskap/förmåga/förhållningssätt/kompetens för att arbeta med patientens ekonomiska situation?

Diskutera i teamet, prata med medarbetare och chefer.

Vad har vi redan på plats?

Hur kan vi använda oss av de kunskaper/förmågor/förhållningssätt/kompetenser vi har?

Vad behöver vi utveckla och hur ska det gå till?

Vid projektets näst sista möte fick deltagande team instruktioner gällande slutrapportering.

Under projektets avslutande möte fick varje team presentera en sammanfattning av vad de gjort hittills samt hur de planerat fortsatt arbete med det som initierats inom projektiden.

Distansteknik

Registercentrum Norr har i samarbete med Pedagogiska institutionen vid Umeå Universitet skapat en projektplattform som i kombination med en mötesplats för webbseminarier använts under två år för förbättringsprojekt på distans.

Projektplattformen ger möjlighet att hålla lärandeseminarium som web- och telefonkonferens samt har utrymme för information, kommunikation och dokumentation. För varje nytt projekt anpassas plattformen något, för att fungera optimalt till aktuellt projekt.

I just detta projekt försågs plattformen med ett diskussionsforum som alla deltagare kunde göra inlägg i och ett separat forum där bara projektledningen hade möjlighet att lägga upp nyheter. Sistnämnda forum var försett med obligatorisk prenumeration vilket innebar att alla deltagare fick ett mail när projektledningen lade in nytt innehåll.

Teamen hade dessutom var sin mapp på projektplatsen, att samla sitt eget material i. Mapparna var gjorda så att teamet bara kunde lägga in material i sin egen mapp men alla team kunde läsa och ladda ner material från samtliga mappar. Många

deltagare berömde möjligheten att snabbt kunna ta del av andra teams idéer i form av checklistor och övrigt material som teamen lade in i sina mappar.

Alla teamdeltagare var inlagda som användare på projektplattformen och under projektets fysiska startmöte fick de inloggningsuppgifter och en mycket kort introduktion till hur projektplattformen var upplagd samt information om hur webmötestekniken fungerar. Alla team fick själva välja ut en teknikansvarig, som ansvarade för att teamet lade in hemuppgifter och övrigt material samt kunde se till att teamet loggade in till projektets webmöten.

För projektets webmöten användes en kombination av Adobe Connect och telefonkonferens.

Att använda telefonkonferens i stället för Adobe Connects inbyggda kommunikationsverktyg är ett sätt att undvika att varje individ i alla team sitter med var sitt headset vid var sin dator. Teamarbete under webmötet gynnas när teamet samlas kring en och samma bildskärm och högtalartelefon.

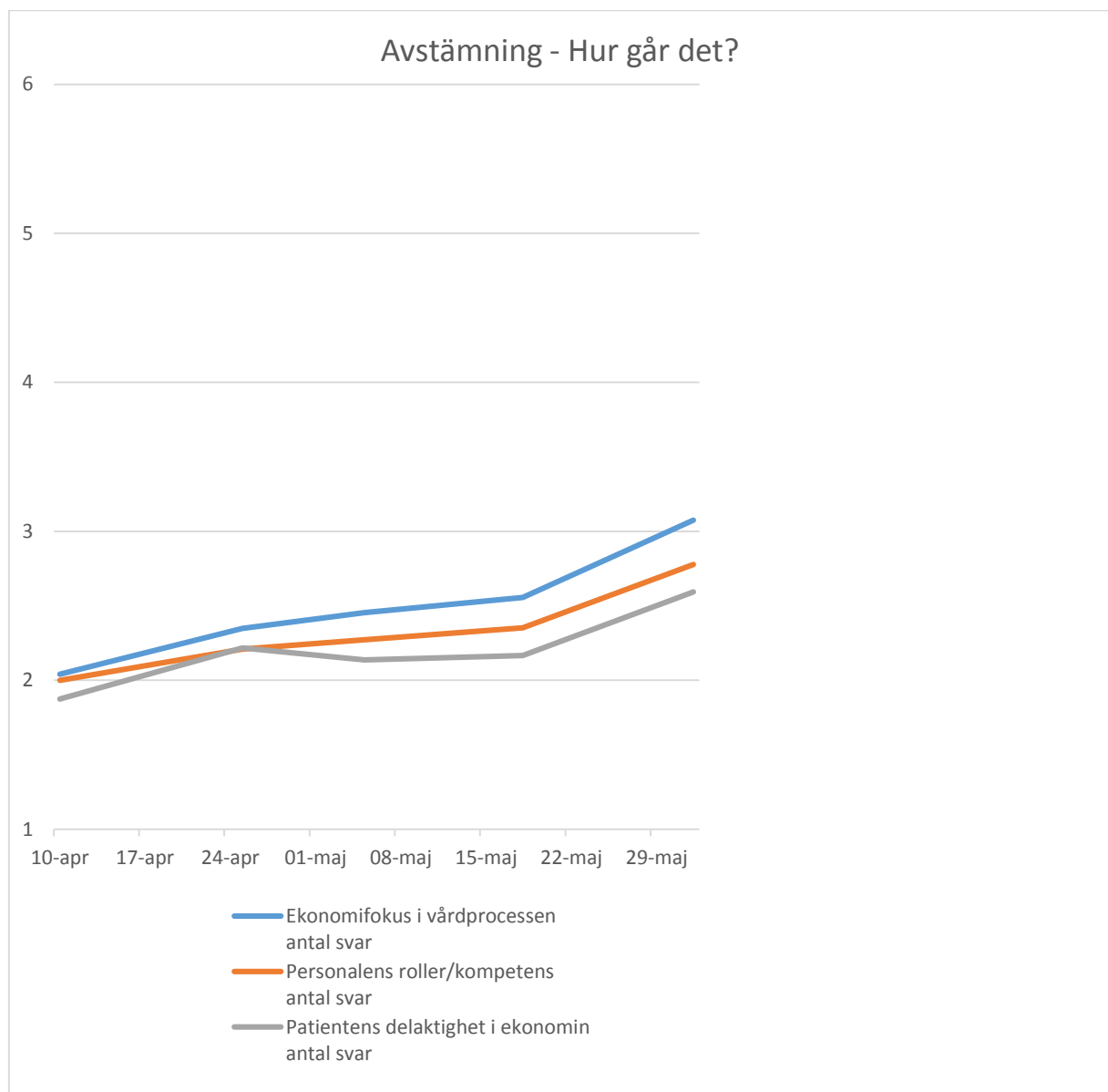
Projektets resultat och effekter

Data i Kvalitetsregistret RättsPsyK har oftast långsam registreringstakt. Det har därför varit tydligt utsagt att det sannolikt inte skulle finnas i kvalitetsregistret mätbara förbättringar vid projekttidens slut.

Progresser under projektet har följts kontinuerligt genom att deltagare inför varje projektmöte via en enkel webenkät

skattat hur projektarbetet fortskrider. En rörelse i riktning mot mätbara resultat och bestående förbättring har skett under projekttiden. (Figur 5)

Uppföljning kommer att ske 6 månader efter projektets avslut och redovisas i slutet av januari 2016 i projektrapport "Förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård version 2".



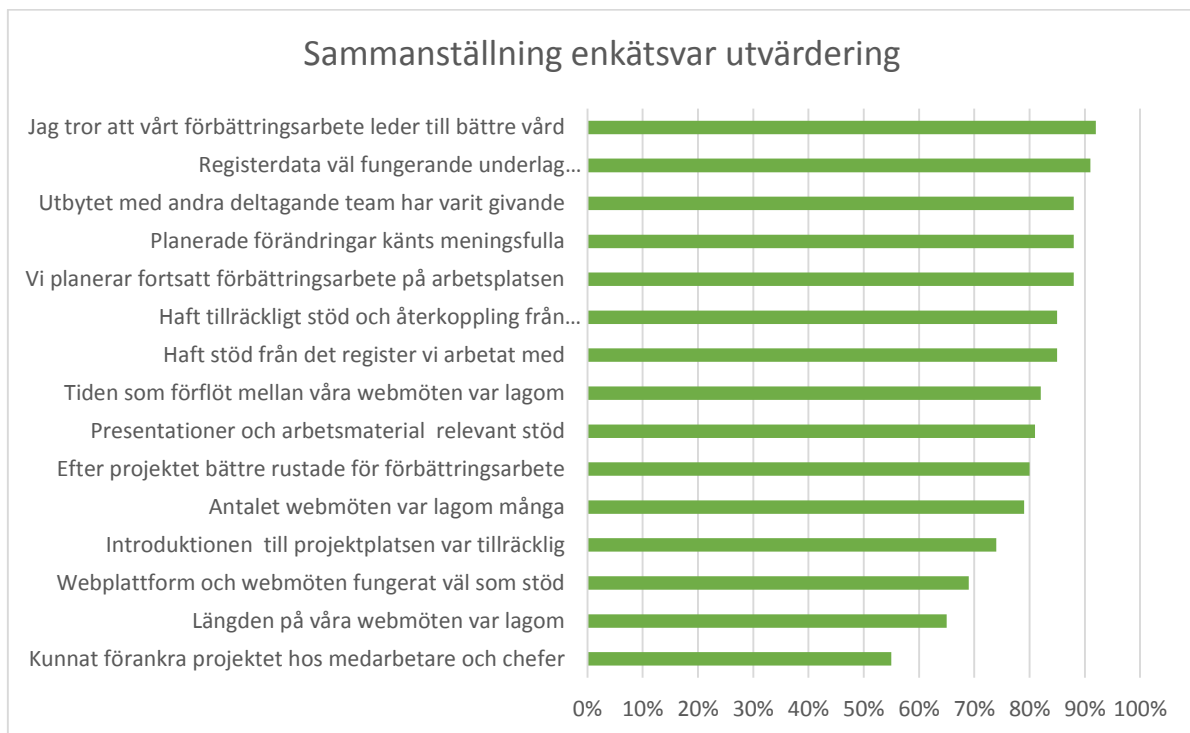
Figur 5. Kontinuerliga deltagarenkäter under projekttiden visar att förbättringsarbete pågår.

Efter projektets avslutningsmöte fick deltagarna några veckor på sig att svara på en webenkät.

35 av då aktuella 42 projektdeltagare svarade på enkäten som bestod av påståenden för deltagare att hålla med om eller ta avstånd från. Svaren graderades 1-7 där siffran 1 innebär "tar helt avstånd från". Siffran 7 innebär "instämmer helt". Deltagare som svarat med siffrorna 5, 6

eller 7 anses instämma, deltagare som svarat med siffrorna 1,2 eller 3 anses ta avstånd från aktuellt påstående och den som markerar siffran 4 anses ha valt att tycka "varken eller" i frågan.

I figur 6 redovisas den andel som anses instämma med aktuellt påstående.



Figur 6. Sammanställning av den utvärderande enkät projektets deltagare besvarade i anslutning till projektets avslutningsmöte.

Webenkäten gav möjlighet att komplettera alla svar i fri text och enkäten innehöll även en sista fråga för svar i löpande text, formulerad " Så här tycker jag att projektets upplägg skulle kunna bli bättre när det gäller projektledning, arbetsmaterial och arbetssätt."

Fritextsvar i urval:

Bra stöd med data/statistik + idéer.

Om inte annat så har det fött idéer vilket är mycket vunnet.

Bättre introduktion och information hade sparat tid i slutet.

Bra att upprätthålla regelbundenheten i arbetet.

Feedback på uppdaterat material har uteblivit.

Jag tycker att det varit mycket bra med konkret feedback tex vid presentation av material/information.

För mycket tid att gå igenom alla grupper tankar kring varje fråga vilket gjorde att det blev mycket upprepning och därför kändes mötena för långa.

Alla tycker att det är viktigt arbete och anser att vi ska förbättra arbetet med ekonomin. Hur det kommer att bli i praktiken får vi utvärdera i ett senare skede.

Bra att ha en plattform att gå in och kommunicera i men den var för krångligt upplagd. Svårt att hitta den information som behövdes.

Under slutdagarna redovisade samtliga grupper om i princip samma saker vilket blev lite tjatigt och enformigt. Jag tycker att grupperna i stället skulle ha redovisat mer om något arbetssätt som finns på just deras sjukhus, i syfte att ge inspiration till övriga deltagare.

Det har varit mycket inspirerande att få träffas och dela med sig av egna erfarenheter samt få tips på hur andra kliniker arbetar.

Lite mindre och kortare möten så att tiden kan läggas på arbete på hemmaplan. De flesta hade brist på just tid.

Erfarenhetsutbyte uppdelat efter yrkeskategori vid första träffen var givande!

Längre projekttid med mer samverkan-diskussion mellan grupperna.

Överlag så har upplägget varit mycket bra.

Tider är redan bokade till hösten.

Tack för att ni är tillgängliga.

Projektledningens lärdomar och reflektioner

Förberedelser

Det konkreta förändringsarbete som deltagare i förbättringsprojekt ska göra underlättas stort om de har något att spegla sig mot och inspireras av. Ju tydligare ramarna för ett projektarbete är, desto enklare blir det för eventuella deltagare vad som förväntas och förutsättningarna för att projektet ska komma igång snabbt och flyta på bra ökar.

Ett tidigt steg i projektets förberedelsefas var därför att skapa en konceptsamling, en sammanställning över de kunskaper och erfarenheter som fanns inom problemområdet. Då evidens och goda exempel saknades baserades konceptsamlingen på intervjuer. I just detta projekt utvecklades konceptsamlingen till en arbetsbok där deltagande team fick ta ställning till områden och faktorer att påverka för att nå målet förbättrad ekonomi för verksamhetens patienter.

Förberedelsefasen blev lång, det tog sin tid att boka, genomföra och analysera 34 intervjuer och det var inte heller fort gjort att strukturera och konceptualisera insamlat material. Flera deltagare har dock berömt just arbetsboken för att den snabbat på projektprocessen.

Som projektledare kan vi konstatera att den tid vi lagt ner innan projektstart har vi haft igen i form av nöjda deltagare, alla team har kunnat delta från projektstart till avslut och många team hade börjat testa förändringar redan under projektiden trots extremt kort projekttid.

Designgruppen

Designgruppen bestod av fyra personer som är kliniskt verksamma inom rättspsykiatri och tre av dem är även aktiva medlemmar i registrets styrgrupp. De har under hela projektiden kommit med synpunkter, tips och idéer kring det arbetsmaterial projektledningen tagit fram.

Designgruppens mångåriga erfarenheter av registret och av verksamheten har varit en källa till kunskaper och djupare förståelse för lokala förhållanden, system och processer som måste beaktas i ett förbättringsprojekt.

Projektledningen kommer att i möjligaste mån använda sig av designgrupp även i kommande förbättringsprojekt.

Antalet team

Projektet involverade tretton förbättringsteam. Det finns en stor fördel i att många team med vitt skilda förutsättningar arbetar med samma problemområden och framgångsfaktorer; antalet lösningar blir fler och man kan ta del av många erfarenheter.

Utmaningen med att ha många team i ett förbättringsprojekt är att varje övning tar lång tid när alla team ska delge de övriga sina synpunkter. I detta projekt tyckte flera deltagare att det blev för många upprepningar under avslutande möte när alla team presenterade vad de gjort och hur de planerar för fortsättning.

Vår rekommendation blir därför att dela upp teamen i två eller fler grupper under erfarenhetsutbyten, övningar och slutpresentationer i projekt där antalet deltagande team är stort.

Intervjuer

Inför ett förbättringsprojekt finns ofta guidelines eller annan evidens som kan bilda kunskapsbas och intervjuer används då som ett komplement, mer för att få grepp om hur verksamheten fungerar. Alternativt intervjuas kliniker vars resultat för en någon eller några variabler tyder på "best-practice" för att få tips om hur de gjort för att nå goda resultat.

I just detta projekt blev intervjuavaren det centrala, här saknades såväl evidens och guidelines som goda registerresultat. Därför gjordes betydligt fler intervjuer än vad som skulle ha behövts om annan kunskapsbas funnits att tillgå.

Utöver det faktum att de många och långa intervjuerna gav grunden till projektets konceptsamling fanns flera fördelar i att projektledningen hade gott grepp om de olika klinikernas verksamhet. Det kändes bra att känna till vilka stora skillnader i förutsättningar som finns mellan olika enheter. Det blev lätt att föra dialog med designgruppen och med deltagande team.

Smalt område, bred ansats

Ett förbättringsprojekt är ett projekt och därför avgränsat. Här visade det sig dock vara så att projektets problem, patienternas ekonomiska situation, var mycket komplext, det fanns många orsaker till problemet.

Projektet hade därför bred ansats, alla deltagande team förväntades ta tag i projektets samtliga områden genom att reflektera kring de i arbetsboken beskrivna framgångsfaktorerna. Inget team hade möjlighet att blunda för ett eller ett par områden initialt, även om teamen i ett senare skede fick möjlighet att prioritera arbetet utifrån den egna verksamhetens resurser och behov.

Deltagande team började projektarbetet med att självskatta den egna verksamhetens rutiner och följsamhet till egna rutiner inom projektets områden. Flera team beskriver hur självskattningsövningen fungerat som en ögonöppnare; "Vi har dokumenterade rutiner, men vi följer dem inte" eller "Det som ska göras blir gjort men det finns inga dokument som beskriver hur vi gör, vad händer då om vi får ny personal..." eller "Detta område har vi inga rutiner för alls, vi har aldrig jobbat med detta".

Teamen fick därefter utforma sin egen handlingsplan där man i samråd med chefer och övriga medarbetare kunde prioritera det som kändes mest angeläget att förändra. Vid varje gemensamt möte presenterades fler ämnen och frågor relaterade till projektets områden. Under projektets fjärde möte fanns därför en programpunkt som behandlade det faktum att det kan kännas som att "det är mycket nu" när så många olika tänkbara orsaker

till problemet ska hanteras, prioriteras och planeras förändringar kring.

Tydlig motivering till varför projektets breda ansats ansågs nödvändig kompletterades med en lika tydlig förklaring om projektets syfte var att initiera förbättring, att påbörja förändring och inte att hinna sjösätta alla planer. Dessutom påminde teamen om att varje team förväntades arbeta utifrån egna verksamhetens behov och förutsättningar. Teamen fortsatte därefter att arbeta med flera områden parallellt även om de fokuserade på det som var mest angeläget att lägga krut på initialt i den egna verksamheten.

Slutsatsen vi projektledare gör är att det går mycket bra att låta teamen jobba brett i ett förbättringsprojekt, så länge projektledningen uppmärksammar och ger stöd i processen när den börjar kännas tungrodd.

Kort projektperiod

Projektledarna hade redan från start varit mycket tydliga med att kort projekttid innebar att teamen inte skulle hinna med att testa allt de ville förändra och att ett i registret mätbart resultat inte skulle gå att få fram inom projekttiden.

Under projektperioden planerade teamen för att testa nya arbetssätt och metoder, de funderade över rollfördelning inom personalen, förhållningssätt gentemot patienter, utbildningar, information, dokumentation, checklistor och många andra aktiviteter och processer som tillsammans skulle kunna ge ett förbättrat resultat.

Aktiviteter pågick bevisligen i samtliga team både under och mellan projektets gemensamma möten. Vi kommer aldrig att få veta om det skulle ha hänt mer om projekttiden varit längre men vi vet att alla team deltog från början till slut samt att mycket har hänt under en kort projekttid.

Avstämning

Kvalitetsregisterbaserade förbättringsprojekt initieras när kvalitetsregisterdata visar att det finns

potential för förbättring. Projektets resultat går följaktligen att utläsa i samma register som initierat projektet. Dock är det ibland så att det tar lång tid för att en genomförd förändring ska kunna utläsas i ett kvalitetsregister. Därför är det vanligt att inom ramen för ett förbättringsprojekt nyttja andra mätmetoder, ofta mäter men då kvantitativt aktiviteter eller processer.

I projekt "Förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård" mättes processen som helhet via en enkätundersökning med frågan "Hur går det" för vart och ett av projektets tre områden. Enkäten skickades ut digitalt till alla deltagare efter varje möte. Enkätsvaren sammanställdes och visades vid påföljande möte vilket innebar att alla deltagare kunde se sin egen och andras progress under hela projektperioden.

Under varje gemensamt möte återkom frågor som "gör vi det vi hade planerat att göra?" "Vad hände när vi testade det vi planerat" eller "Hur ligger vi till?" Att projektledningen under projektets gemensamma möten initierar reflektion och utvärdering kan vara nyckeln till att teamen arbetar på samma sätt när de planerar och genomför förändringar i den egna verksamheten.

Förbättringskunskap

Det viktiga i ett förbättringsprojekt är inte vilka verktyg som används, det viktiga är vad som sker under projektiden. I detta projekt fokuserade vi på täta avstämningar och reflektion genom att under gemensamma möten låta teamen göra just det: stämma av och reflektera.

Teamen uppmuntrades att tidigt testa nya metoder och arbetssätt i liten skala samt att stanna upp och fundera vad som händer när teamets teorier möter verkligheten. Det fungerade bra att genomföra ett projekt där varje enskilt möte innehöll förbättringskunskap utan att det innebar vare sig långa föreläsningar eller demonstrationer av vanligt förekommande verktyg och modeller för förbättringskunskap. Projektledningen visade inte en ens en bild av PDSA-hjulet.

Balans flexibilitet - struktur

Ett distansbaserat förbättringsprojekt måste struktureras hårdare än om projektets träffar är fysiska. Korta webmöten medger inga som helst utsvävningar, varje programpunkt ska vara planerad och tidsatt.

Därför fanns ett tydligt ramverk för projektets gemensamma möten. Konceptualisering, den färdiga påverkansanalysen med tillhörande tipsbank, självskattningsövning och mall för handlingsplan fanns redan innan teamen påbörjade projektet. Alla möten var planerade till 1,5 timme och datum var satta. Antalet möten valdes utifrån modellen "startmöte, repetitionsmöte, ett möte för varje område, ett möte inför avslut samt ett avslutande möte." Varje möte skulle innehålla "de fyra blocken".

Det som inte planerats i förväg var exakt vad varje möte skulle innehålla i detalj. Det går inte att styra över var vad som inträffar under projektiden och det går inte att veta fullt ut vad deltagarna frågar efter och behöver. Startmötet var därför det enda möte som hade en detaljerad agenda innan projektstart. Varje enskilt projektmöte skapades sedan i dialog med designgruppen med utgångspunkt i vad som sagts och hänt under föregående möte. Förfarandet gör att projektledningen blir extra lyhörd och minskar risken för att teamen jobbar efter projektledningens agenda.

Feedback och stöd

De hemuppgifter teamen fick att arbeta med mellan projektets möten skickades in till ett forum på projektplattformen. Projektledningen gav direkt feedback varje gång ett team skickat in en hemuppgift till forumet. Detta rekommenderas då vår erfarenhet från tidigare förbättringsprojekt visar att snabb och personlig feedback ger deltagande team extra energi inför det många gånger krävande projektarbetet samt att det snabbt går att styra upp om något team är på väg i diket.

Projektledningen har också funnits till hands via mail och telefon vilket flera team

använt sig av för att få råd om sådant som rör det egna teamets förbättringsarbete. Av utvärderande enkät framgår att flertalet varit nöjda med stöd och återkoppling från projektledningen. Någon hade kommenterat att feedback på uppdaterat material uteblivit, en synpunkt som projektledningen tar med sig i kommande projekt.

Möten på distans

Webbmöten och projektplattform sparar tid och pengar jämfört med att använda fysiska möten och dokument. Från tidigare genomförda förbättringsprojekt vet vi att tid och pengar ofta är ett hinder för verksamheter att över huvud taget delta i förbättringsprojekt. En farhåga var dock avhopp.

Erfarenheter från distansbaserat lärande visar att andelen deltagare som ej slutför en webbaserad utbildning är högre än när utbildningen sker under fysiska möten. En vanlig förklaring till fenomenet är att avhoppet ökar när synligheten minskar. Utöver det har feedback från deltagare i tidigare förbättringsprojekt vittnat om att ett projekt bör kännas effektivt. Verksamheter vill se snabba resultat, teammedlemmar har begränsat med projekttid. Vi valde därför att använda en kombination av fysiska möten och distansteknik i ett strukturerat och väl förberett projekt, för att så många kliniker som möjligt skulle kunna delta.

Dagens lösningar för mötesteknik är användarvänliga och enkla att använda för den som har viss datavana men det går samtidigt inte att räkna med att alla enskilda deltagare i ett förbättringsprojekt känner sig bekväma med ny teknik.

Vi gjorde i detta projekt ingen stor sak av att vi använde digital teknik för möten och material. Alla deltagare fick personliga inloggningsuppgifter för åtkomst till projektplattformen samt en mycket kortfattad muntlig och skriftlig information om hur projektplattform och webbmöten skulle fungera.

För att säkerställa att alla enskilda deltagare skulle känna sig helt bekväma

fick varje team i uppgift att välja ut en teamdeltagare som teknikansvarig. Urvalet gjordes under startmötet med en snabb enkel övning, det hela tog högst två minuter: "peka på den i ditt team, inklusive dig själv, som lämpar sig bäst som teknikansvarig". Den teknikansvarige blev därefter den som ansvarade för att teamets material lades upp i den egna mappen på projektplattformen samt var också den som skulle hjälpa övriga teammedlemmar med inloggning och liknande, om så behövdes. Vår projektplattform har support via pedagogiska institutionen vid Umeå universitet och alla deltagare kunde också när som helst kontakta projektledningen även i frågor om de tekniska lösningar vi använt oss av.

Sammanfattningsvis har webbmöten och projektplattform fungerat bra och projektledningen kommer att fortsätta att utveckla projektplattformen i samarbete med pedagogiska institutionen vid Umeå universitet, inför kommande förbättringsprojekt.

Bilagor

Lägesrapport efter elva veckor

- Team Brinkåsen
- Team Falköping
- Team Göteborg
- Team Karsudden
- Team Kristinehamn
- Team Stockholm
- Team Sundsvall
- Team Säter
- Team Uppsala
- Team Vadstena
- Team Växjö
- Team Öjebyn
- Team Örebro

Exempel ur projektets arbetsbok:

- Påverkansanalys
- Områdesbeskrivning för område 1
- Övning självskattning för område 1
- Handlingsplan för område 1
- Två av sju sidor ur tipsbank för område 1

Brinkåsen

Problemanalys

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Utveckling av checklista	Kommunikation	Motivation inför öppenvård
Ekonomi på rond	Olika grundkunskaper	Mer kunskap till patienterna
	Behov av ny kunskap	Olika funktionsnivå hos patienterna

Aktiviteter

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Tidig kartläggning: kurator och KP	Ekonomigrupp med olika yrkeskategorier	Samtal kring ekonomi
Utveckling av checklista	Tätt samarbete mellan kurator och kontaktperson	Visualisera och tydliggöra
Ekonomi på rond	Skuld-och budgetrådgivare, information till personal	Ge valmöjligheter
	"vem-gör-vad-visionären" – en tydlig processbeskrivning med visualisering av vem som gör vad när genom hela vårdprocessen	

Nuläge (maj 2015)

- Inventerat utvecklingsområden
- Påbörjad struktur
- Planerar att fortsätta förbättringsarbetet

Kontaktperson

Maritha Holm Mailadress: maritha_.holm@vgregion.se

Falköping

Problemanalys

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Saknade dokumentation av befintliga rutiner	Bristande användning av gjorda bedömningar	Bristande insikt av ekonomins betydelse för framtid
Bredda ekonomiperspektivet i teamarbetet	Delvis bristande samsyn/kunskap hos personalen	Bristande kunskap i att omsätta behov av praktiskt stöd utifrån förmåga
Brister i uppföljning av de patienter vi inte kommer åt	Bristande pedagogiska verktyg	Bristande engagemang och eget ansvar hos patienter i relation till förmåga

Aktiviteter

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Ekonomipunkt på behandlingskonferens	Patientens behov och olika professioners kompetens om hur vi kan använda oss av den kunskap som finns	Pengar, budget – ”lyxfällan”
Tydligare återkoppling av kartläggning	Visionären – vem gör vad? Infört nya roller.	Diskussion på APT – enkät
Självskattning har påbörjats	Ekonomin lyfts in i patienternas vardag – KP-resa, aktiviteter, köksträning, handling, matlagning.	Pilotenkät bland patienter gällande ekonomisk självskattning
Dokumentation av rutiner på Intranätet	Ekonomigrupp startar efter projektets slut.	
Ekonomi har egen sida på Intranätet		

Nuläge (maj 2015)

Planerat vägen framåt:

Ekonomigrupp
 Ekonomiskola
 Budgettavla
 Vårdavgiften
 Utvärdering självskattning

Kontaktperson

Anne-Marie Johansson Mail: anne-marie.a.johansson@vgregion.se

Göteborg

Problemanalys

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
<p>Vi har ingen ekonomifokus i vårdprocessen.</p> <p>Vi har inga rutiner kring vem som gör vad och när.</p>	<p>Omvårdnadspersonal saknar rutiner och därmed kunskap för att arbeta med ekonomifrågor.</p> <p>Endast kuratorn är ålagd att arbeta med de ekonomiska frågorna.</p> <p>Saknas utbildning och information om ekonomifrågor.</p>	<p>Patienter saknar ibland insikt och vilja att sköta sin ekonomi.</p> <p>Vi har inte ställt några krav på patienterna gällande ekonomi.</p> <p>Patienterna har inte erbjudits verktyg för att få koll på sin ekonomi.</p>

Aktiviteter

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
<p>Tidig kartläggning tillsammans med kurator och KP/PAS, använt en ny fördjupad ekonomisk kartläggning.</p> <p>Mer fokus på ekonomi kopplat till aktiviteter (arbetsterapeut).</p> <p>APT och ledningsgrupp (information om projektet och våra tankar).</p> <p>Planerat fortsatt arbete, se "nuläge" nedan</p>	<p>APT och ledningsgrupp → Fått medhåll i att fokus på ekonomiarbete har saknats.</p> <p>Genomfört kartläggning och planering av nya arbetssätt, metoder och rutiner med stöd av "vem-gör-vad-visionären"</p> <p>Planerat fortsättning, se "nuläge" nedan</p>	<p>Ekonomiskt tänk kring aktiviteter och kostnader.</p> <p>Författat ett informationsblad om vad som ingår i vårdavgiften.</p> <p>Planer för fortsatt förbättringsarbete, se "nuläge" nedan</p>

Nuläge (maj 2015)

Planer på fortsatt förbättringsarbete:

Etablera en tydlig riktlinje för arbete med patienters ekonomi, skall ingå i vår kvalitetsmanual. Rutin för autogiroanmälan. Patientpärm (ekonomi) till alla patienter. Få in ekonomi i vårdplanerna och arbeta med i delmål, behandlingsplan skall kopplas till detta. Involvera all personal i ekonomiarbetet genom tydliga rutiner kring vem som gör vad och när. I "Uppdrag och arbetssätt" för professioner skall ingå ekonomifokus. All personal kopplar "ekonomiprat" till aktiviteter, diskutera kring vad saker/aktiviteter kostar och se om det finns utrymme i patientens budget. Organisationsdag (efter sommaren) för all personal på enheten för att tillsammans diskutera kring olika sätt att arbeta med patienters ekonomi. Se över olika pedagogiska verktyg för att gemensamt bestämma vad vi vill använda oss av.

Kontaktperson

Anna Larsson Mail: anna.katarina.larsson@vgregion.se

Karsudden

Identifierade utmaningar

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Hade koll på utmaningarna innan projektstart	Kontaktpersoners kunskapsnivå varierar – patienter får ej samma hjälp.	Patienter är ofta svårmotiverade till att ta emot hjälp med ex. ekonomi.

Planerade och påbörjade aktiviteter

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Något vi behöver förbättra är spridandet och därmed kunskap om vårdprocessen. Med andra ord vem som gör vad, hur och när exempelvis på APT och temadagar. När ny patient ankommer till sjukhuset, aktiveras processarbetet och patienten kartläggs.	<i>Social utredning - Kurator - Funktionsutredning- Arbetsterapeut</i> Omvårdnadsprocess - kontaktperson Kognitiv utredning - psykolog	Vi vill införa ekonomiskola för patienter och personal samt eventuellt införa kassabok eller ekonomipärm.

Reflektioner kring nuläge (maj 2015)

Vi hoppas att strukturen på sjukhuset gör att vi rör projektet i hamn.

Uppföljning (november 2015)

Kontaktperson

Fredrik Dahlström Mail: fredrik.dahlstrom@dll.se

Kristinehamn

Problemanalys

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Avsaknad av rutiner och checklista.	Vem gör vad, när i patientens ekonomi?	Ojämn kunskap/motivation hos patienten.
Saknas rutin gällande uppföljning.	Ojämn kunskap hos personal.	Olik/orättvis ersättningsform hos försäkringskassan.
Ingen samlad information/kunskap gällande ekonomi, budget och skuld.		

Aktiviteter

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Vi har utarbetat en checklista gällande ekonomisk kartläggning. Den skall göras på intagningsavdelning så snart det är möjligt utifrån patientens mående.	Vi har påbörjat inventering för att tydliggöra roller/kompetens.	Föreläsningar gällande ekonomi.
Budget, utförs av kurator eller kontaktperson, testat med varierat resultat.	Planerat föreläsningar under hösten 2015, bland annat budget-/skuldrådgivare och kronofogde.	Checklista för ekonomisk kartläggning. Testat i liten skala.
Ekonomi en del i vårdplanering.		Budget.
Pärm med samlat material gällande ekonomi.		Motivationssamtal.
		Försöka reda ut patientens ersättningsform

Nuläge (maj 2015)

De skriftliga rutinerna är en bra grund för ett fortsatt arbete och uppföljning.

Vi tror att föreläsningarna i ämnet kan ge både mer kunskap och motivation hos personal samt patienter. Detta projekt har fört fram patienters ekonomi i ljust och underlättat för att vi skulle kunna genomföra dessa förändringar som vi gjort på så kort tid.

Kontaktperson

Ann-Cathrine Hedqvist Mail: ann-cathrine.hedqvist@liv.se

Stockholm

Problemanalys

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Saknar gemensamma rutiner Saknas strukturerade bedömningar Ekonomiska frågor är ej prioriterade eller upptäcks för sent	Oklar uppdelning – vem gör vad (personalkategorier) Saknar kompetens kring ekonomi Tar ej till vara på personalens kompetenser	Motivationsarbetet saknar struktur Förbiser patientens kompetens Oklar uppdelning- vem gör vad (patient och personal)

Aktiviteter

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Ny ekonomisk kartläggning under utveckling. Nya rutiner och handlingsplan under utveckling	Utvecklar nya rutiner med stöd i "vem-gör-vad-visionären", rollfördelning, engagera arbetsterapeuter.	Testar just nu behovsgruppering Fokus på delaktighet, ESL, värdelyftet

Nuläge (maj 2015)

Utredar vad man får göra. Planerar pilottest ny handlingsplan under hösten 2015. Planerar kompetensutveckling ekonomi för personal, använda Kronofogdens material "Budbärare". Nya rutiner, arbetssätt och rollfördelningar ska godkännas i ledningsgrupp samt presenteras för medarbetare i lämpliga forum, t ex på APT

Vi förväntar oss att arbetet både kommer ta en del tid och resurser i anspråk. Målet är att nya rutinerna och arbetssättet införs och blir en del av den kliniska vardagen

Kontaktperson

Mattias Andersson Mail: mattias.andersson@sl.se

Sundsvall

Problemanalys

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Vi saknar tydliga rutiner kring vem som gör vad	Kontaktpersonen vet inte vilka lagar och regler som gäller	Svårt att motivera patienten att ta ansvar för sin ekonomi
Tidsbrist	Eftersom kontaktpersonernas grundkompetens varierar, leder det till att patienterna får varierande stöd av sina kontaktpersoner	Eftersom patienterna vistas i en sluten miljö är det inte helt enkelt att träna på olika vardagssituationer
Uppmärksammas allt för sent att en del patienter har oordning på sin ekonomi (märker det när patientens utslussningsprocess påbörjas)	Det saknas erfarenhet/rutin på kliniken att arbeta strukturerat med ett ekonomifokus	Ekonomi är ett känsligt ämne att prata om

Aktiviteter

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Kuratorerna kommer att göra en social kartläggning med fokus på ekonomi av patienten så snart som möjligt vid inskrivning på kliniken	Kuratorerna stöttar kontaktpersonerna i arbetet kring ekonomi	ESL Social kartläggning Öka patientens delaktighet genom att uppmuntra kontaktpersoner att lyfta frågor kring ekonomi
Revidera dokumentet social kartläggning, skriva rutin.	Arbetsterapeuten utvecklar frågor i vardagsekonomi i tidig bedömning	Ekonomigrupp
Ekonomi förs in som en fast punkt i patientens vårdplan		Ekonomihylla

Nuläge (maj 2015)

Vi har lyckats hålla igång arbetet trots knappa resurser

Rimliga mål

Förhoppningar inför fortsättningen är att kunna arbeta med ekonomi i fokus, i en takt som passar hela verksamheten

Farhågor inför fortsättningen är att projektet rinner ut i sanden på grund av resurser och tidsbrist

Kontaktperson

Anette Åkerström Mail: anette.akerstrom@lvn.se

Säter

Problemanalys

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Rutin för tidig intervention saknas.	Otydligt vem som gör vad kring ekonomi.	Många patienter saknar kunskap om hur man sköter sin ekonomi.
Saknar standardiserad process över tid.	Individuellt om och hur kontaktpersoner motiverar patienter kring ekonomin.	Pedagogiska verktyg kring ekonomi saknas.
Då det saknas nedskrivna rutiner finns ingen konkret plan för uppföljning och utvärdering av arbetssätt.	Personal på kliniken vet inte alltid vilka lagar och regler som gäller	Vi saknar bra verktyg för motivationsinterventioner eller kunskap om hur befintliga motivationsverktyg kan användas kring ekonomi.

Aktiviteter

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Ekonomisk kartläggning: Fortsatt arbete med kartläggning under hösten	Utgått från "vem-gör-vad-visionären", ser nu över vilka funktioner som måste ligga på kurator och vad kontaktperson eller avdelningspersonal kan göra.	Probleminventering gjord, fortsatt arbete med pedagogiska verktyg och ekonomiskola
Få till en standardiserad process över tid.	Ta vara på kompetens	

Nuläge (maj 2015)

Vi befinner oss i en uppbyggnadsfas och har fått mandat från vår chef att fortsätta jobba med förbättrad ekonomi för patienter under hösten. Lika mycket tid kommer att vara avsatt för det som under projektiden.

Målet: Färdig rutin i Juris (kvalitetsledningssystem).

Kontaktperson

Sarah Johansson Mail: sarah.johansson@ltdalarna.se

Uppsala

Problemanalys

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Vi behöver tillämpa de rutiner som faktiskt redan finns.	Vi behöver tydliggöra arbetsrollerna för att öka kompetensen.	Vi behöver ställa mer och fler specifika frågor om ekonomi.
Vi behöver skapa en tydlig övergripande struktur som innehåller våra rutiner.	Vi behöver implementera vår struktur för ekonomifokus.	Vi behöver utveckla våra Ekonomigrupper.
Vi behöver upprätthålla strukturen och ha en öppen debatt.	Vi behöver fördjupa kunskap om gemensamma motivationsverktyg.	Vi behöver utveckla den gemensamma vårdteorin om patientens autonomi.

Aktiviteter

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Skapat en tydlig processtruktur från slutenvård till öppenvård och därefter.	Implementera tankar och konkreta förslag för ekonomiskt fokus i vårdprocessen hos vårdpersonalen.	Skapat en checklista för personer som överförs från slutenvården till öppenvården. Testat checklistan i liten skala.
Skapat dokument fördjupad ekonomisk kartläggning i intervjuform.	Planerar gemensam diskussion kring roller, tydliggöra.	Planerar att utveckla våra regelbundna "Ekonomigrupper"
Skapat "Gula listan" som beskriver avgifter i öppenvården.	Hitta verktyg för motivationsintervention	Vi vill utveckla vår gemensamma vårdfilosofi gällande patienternas autonomi och egna ansvar, även i den ekonomiska situationen
	Kartlägga kompetensen och eventuella behov av utbildning.	

Nuläge (maj 2015)

Trots våra tidigare rutiner behöver vi formulera ett mer strukturerat arbetssätt kring ekonomin. Projektet har gett uppmärksamhet till den egna ekonomiska administrationen på enheten. Mycket positiva reaktioner och stöd från chefer och övrig personal fick vi när vi presenterade projektet och våra tankar. Genom patienternas egna erfarenheter har vi fördjupat insikterna i hur den individuella ekonomin förändras från slutenvård till öppenvård. Planerar fortsätta arbeta för att utöka och utveckla eget material, fortsätta med implementeringen för övrig personal.

Kontaktperson

Åsa Antonsen Mail: asa.antonsen@akademiska.se

Vadstena

Problemanalys

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Inga större hinder här	Personalen har ingen kunskap om vilka möjligheter till inkomstersättning m.m. patienten har. Då kuratorerna är de som ansvarar om ekonomi så är vår tid en begränsning.	Tiden vi kan inte arbeta i den utsträckning vi önskar med patienterna. Patienternas faktiska funktionsnedsättning.

Aktiviteter

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Genomgång av befintliga rutiner under projekttiden har bland annat resulterat i ny checklista till nyanställda Infört kartläggande samtal om ekonomi också efter ett par års vistelse på kliniken.	Väl utvecklad struktur för vem som gör vad fanns sedan tidigare, kurator gör det mesta och handleder även övrig personal i ekonomiska frågor. Har under projekttiden bland annat funderat inför nyanställningar då två av tre kuratorer kommer att sluta.	Kassabok och eller ekonomipärm för att få struktur och överblick över ekonomin. Motiverande samtal

Nuläge (maj 2015)

Vi har redan haft ett bra utvecklat arbete runt patienternas ekonomi innan projektet. Det har varit givande att gå igenom det vi faktiskt gör inom detta område. Projektet har skapat reflektion runt detta arbete. Förhoppningar om att kunna få mer tid och utrymme för arbete om praktisk vardagsekonomi. Två av de tre kuratorerna slutar inom kort, farhågor kring hur vi ska kunna föra arbete vidare och framåt under nyanställningsfasen.

Kontaktperson

Victoria Holmberg Mail: victoria.holmberg@regionostergotland.se

Växjö

Problemanalys

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
<p>Svårt sjuka patienter</p> <p>Patientrotation mellan avdelningar</p> <p>Hur vidmakthåller vi processen om patienten byter personal?</p>	<p>Brister i personalens överrapportering</p> <p>Vidmakthålla processen</p> <p>Vem gör vad? Har rutinlistor men sker ingen uppföljning vid uppdatering</p>	<p>Svårt sjuka patienter</p> <p>Patient flyttar mellan avdelningar</p> <p>Motivationsarbete</p> <p>.</p>

Aktiviteter

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
<p>Ekonomisk kartläggning utförs av behandlingspedagog, är inskriven som rutin och har provats på flera avdelningar med gott resultat. Blir Klinikövergripande efter sommaren.</p>	<p>”Vem gör vad visionären”</p> <p>Arbetsgruppen är med och skapar befattningsbeskrivningar</p> <p><i>Socionom, Arbetsterapeut och Behandlingspedagog</i> interagerar kontinuerligt via <i>social rond</i> gällande patientens ekonomiska behov, frågor och insatser</p>	<p>Skapa en allians:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Låt patienten landa - Ekonomi i vardagssamtal - Så ett frö eller två - Utse kontaktpersoner från avdelningens sida - Använd personal som resurs <p>Kliniken utbildar personal i MI</p> <p>Att vara öppen</p>

Nuläge (maj 2015)

Hämtat inspiration hos övriga deltagare. Blivit tvungna att reflektera.

Kommit en bra bit på vägen, finns mer att förbättra. Farhågor finns att processen stannar av efter att projektet är över eller att ingen utvärdering sker av projektet.

Våra förhoppningar är dock att fortsätta arbeta och få till en fullständig implementering av den nya ekonomiska kartläggningen samt att ekonomigruppen fortsätter att existera och träffas regelbundet.

Kontaktperson

Peter Tjelander Mail: peter.tjelander@kronoberg.se

Öjebyn

Problemanalys

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Inga tidigare rutiner kring ekonomi	Inga tydliga riktlinjer på vem som gör vad	Patientönskemål: ekonomiskola.
Allt ansvar på kuratorerna	Behov av utökat ansvar till kontaktpersonerna	Behov av ökad kunskapen hos patienterna kring den egna ekonomin
Kommunikation- och tidsbrist	Behov av att tydliggöra klinikkens interna kommunikation.	Behov av användbart material

Aktiviteter

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
Tidig intervention	Kartlagt roller och ser att största ansvaret har kuratorerna haft	Patientråd
Familjetrådet, Mitt nätverk	”LYX-fällan” varianten	Enkätundersökning med ekonomifokus bland patienter
Vårdavgift- frågan är lyft till divisionsledningen	Vårdprogrammet	Skapa användbart material, planerat/påbörjat
Ekonomiskola, Överförmyndarnämndens personal informerar, Sökord EKONOMI i journalen, utforma en punkt i vårdprogrammet		Ekonomiskola planeras

Nuläge (maj 2015)

Just nu är vi i planeringsfasen. Vi vill få fortsatt tid för projektet för att utveckla de tankar och ideer vi har.

Kontaktperson

Karin Lundberg mail: karin.m.lundberg@nll.se

Örebro

Problemanalys

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
<p>Saknar skriftliga rutiner</p> <p>Identifiera vad som görs</p> <p>Formulera ansvarsområden</p> <p>Skapa övergripande rutin som godkänns av ledningsgruppen</p>	<p>Identifiera vem som gör vad</p> <p>Skapa tydlig och fungerande ansvarsfördelning baserat på yrkeskompetens</p> <p>Få klinikledningen att arbeta vidare med och satsa på kompetens gällande ekonomi</p>	<p>Identifiera vilka verktyg/metoder som vi använder</p> <p>Övergripande behovsinventering</p> <p>Få klinikledningen att implementera och satsa på nya metoder och verktyg</p>

Aktiviteter

Ekonomifokus i vårdprocessen	Personalens roller/kompetenser	Patientens delaktighet i ekonomin
<p>Skapat övergripande rutin för att varje yrkeskategori sedan ska utforma sina egna rutiner och checklistor</p> <p>Vi har gjort en övergripande bild på vårdprocessen</p> <p>Vi har stämt av våra förslag med ansvarig enhetschef och vårdutvecklare och fått positiv respons</p>	<p>Vi har valt att arbeta med övergripande rutiner och processer för att varje yrkeskategori själva kontinuerligt ska arbeta med levande dokument och checklistor.</p> <p>Lyft vår ansvarsfördelning för respektive yrkeskategori och det har mottagits positivt. Det är positivt och bekräftande att det vi gör är viktigt.</p> <p>Uppmärksammat behov kompetensutveckling.</p>	<p>utarbetat ett informationsblad om vad som ingår i vårdavgiften</p> <p>Inventerat vilka metoder och pedagogiska hjälpmedel som vi har och använder, fler pedagogiska verktyg behöver köpas in samt metodutbildning.</p> <p>Vi har stämt av våra förslag med ansvarig enhetschef och vårdutvecklare och fått positiv respons</p>

Nuläge (maj 2015)

Vi har påbörjat förbättringsarbete inom flera områden.

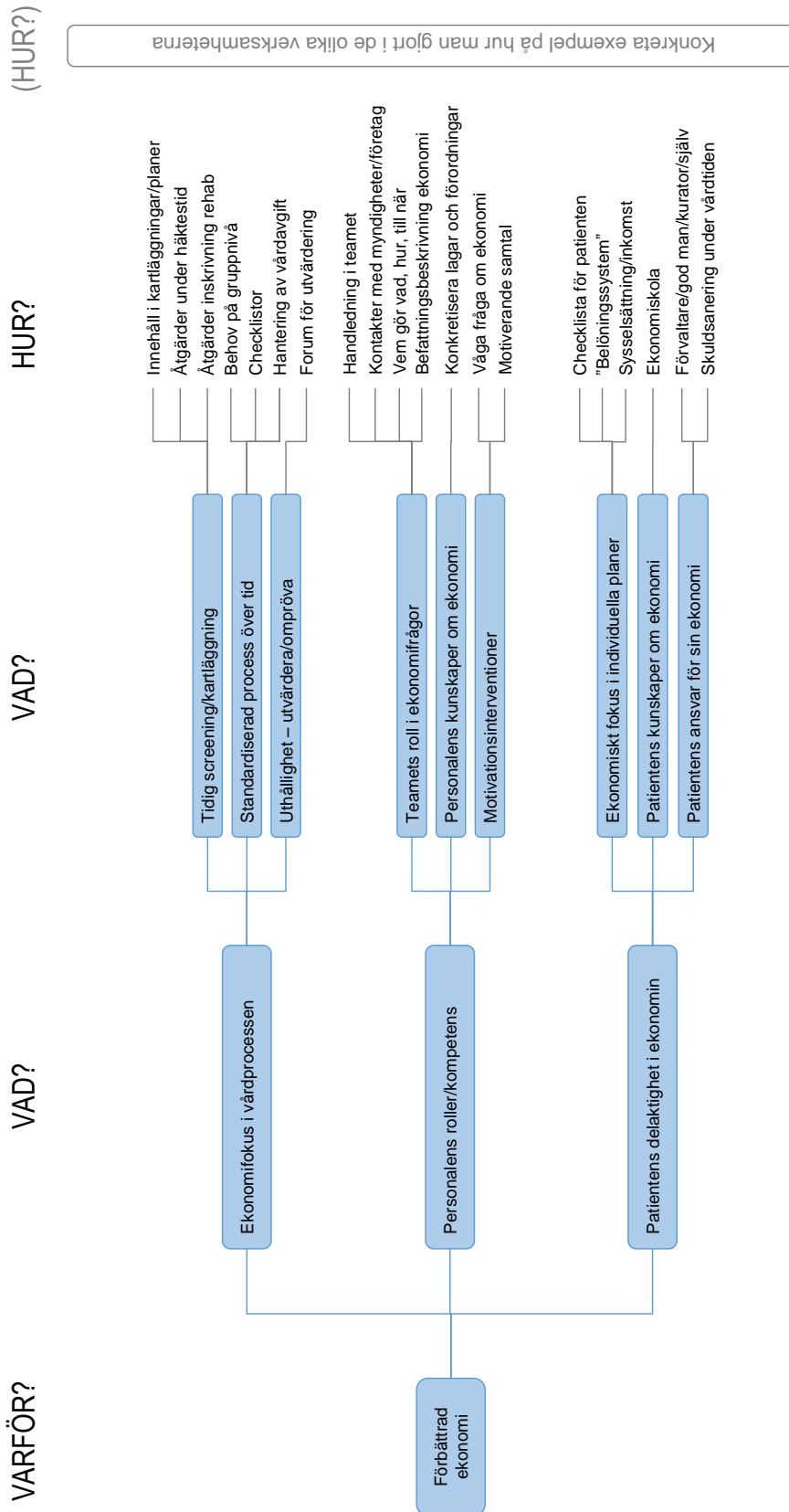
Vi har tänkt igenom saker noga och har bra motiveringar till våra förslag.

Vi väntar på att få presentera vårt arbete för ledningsgruppen, preliminärt 10/6.

Kontaktperson

Sara Hylén mail: sara.hylen@orebroll.se

Projektets påverkansanalys visar en sammanställning av resultatet av intervjuerna och pekar på de faktorer som respektive verksamhet kommer att behöva förhålla sig till under projektet. Dessa är i sin tur nedbrutna i mindre beståndsdelar för att förtydliga vad som avses.



Område 1 – Ekonomifokus i vårdprocessen

Detta område innehåller framför allt rutiner och arbetssätt för att säkra att ekonomiska frågor identifieras tidigt samt hanteras systematiskt och lika för alla behovsgrupper.

Viktiga faktorer att påverka

- Tidig screening/kartläggning
 - Flera av de som intervjuats inför projektet tycker att det dröjer för länge innan man tar tag i patientens ekonomiska situation. Kliniker som har rutiner för tidig intervention kring patientens ekonomi är mycket nöjda med det.
- Standardiserad process över tid
 - Flertalet intervjuade beskriver att kliniken saknar rutiner för standardiserad process i frågan om patientens ekonomi. Checklistor för att säkerställa att alla patienter får jämlik vård oavsett behovsgrupp saknas i många fall.
- Uthållighet – utvärdera och ompröva
 - Även vid kliniker där handlingsplan och ansvarig finns brister det ofta i uppföljning och utvärdering av planer och beslut.

Vad och hur – exempel:

Under häktestiden: förbered ansökan om någon form av ersättning. Förbered adressändring vid behov. Undersök behov av stöd till bostad alternativt uppsägning av bostad. Undersök om det finns övriga avtal som kan sägas upp (bredband mm).

Skapa en checklista för tidig intervention i det som behöver åtgärdas genast: Har du ersättning och vilken? Har du god man/förvaltare? Var tar din post vägen? Hur betalar du räkningar? Har du barn? Har du vapen hemma? Bostad? Övriga avtal?

Ring kronofogde och inkasso som en del i kartläggning. Det är offentlig handling, patienten behöver inte ge samtycke.

Alla i teamet läser in sig på RPUa under patientens första veckor på intagsavdelning. Påbörja utredningar snarast.

Kurator och arbetsterapeut utreder alltid alla patienter i tidigt skede, vårdare noterar vad som sker på avdelningen. Hela teamet (och patienten) träffas för att planera interventioner utifrån en samlad bild.

Gör avstämningar kring patientens ekonomi, fortsätt med det som är bra, justera sådant som inte fungerar.

Utgå från övergripande målsättning med vården, formulera mål för klinikens arbete med patienternas ekonomiska situation.

Ta fram en checklista för yttre kontakter med kortfattad info om klinikens policy kring vad som behöver tas upp och hur man går tillväga vid varje instans, t ex kommuner, hyresvärd, inkasso, kronofogde, skatteverket, försäkringskassa.

Skapa och dokumentera skriftligen en struktur för en standardiserad process över tid med fokus på patientens ekonomi. I processen kan ingå att varje halvår stämma av hur det går med vårdavgifter och hur det ser ut hos kronofogden samt att göra uppföljning av den plan och målsättning med patientens ekonomi som gjorts i tidigt skede.

Se till att alla behovsgrupper får adekvat stöd när ni skapar standards för process över tid.

Några kliniker delar upp rondan på två tillfällen: "medicinsk rond" och "social rond" vilket kan ge mer utrymme för sociala frågor.

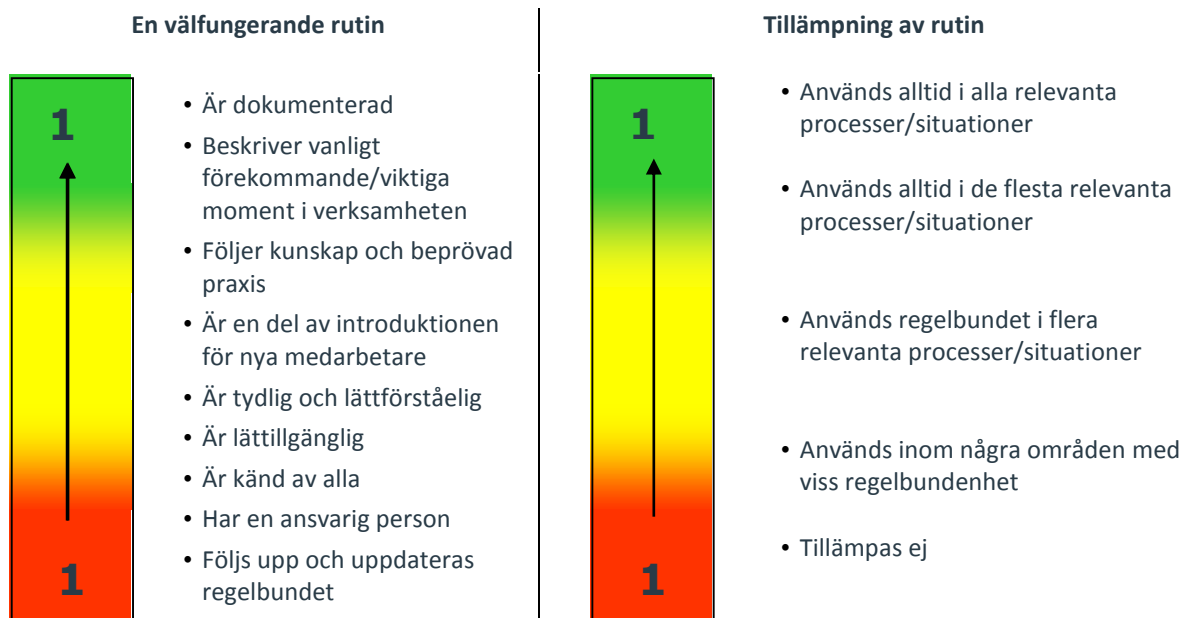
Låt varje beslut följas av en överenskommelse om vem som gör vad och på vilket sätt det ska göras. Bestäm även tid och plats för avstämning.

Använd checklistor som introduktion för nyanställda och som stöd för minnet. En checklista kan även vara ett verktyg för legitimitet, för att våga fråga patienten om ekonomi; då blir det inga konstigheter: här frågar vi alla patienter om deras ekonomiska situation.

Ansök om vårdavgiftsbefrielse sex månader innan utslussning för att ge patienten möjlighet att spara en slant till boende, hushåll och mediciner.

Självskattning enhetens arbete med ekonomifokus i vårdprocessen

Syftet med denna övning är att skatta hur långt ni tycker att ni har kommit i arbete inom de olika områdena i detta material. Ni kommer att få skatta dels hur välfungerande rutiner ni tycker att ni har, dels i vilken utsträckning ni uppfattar att rutinerna tillämpas. Nedanstående skala ska användas vid skattningen. Övningen ska underlätta att identifiera för er angelägna områden att jobba vidare med.



(Ju fler av ovanstående komponenter enhetens rutiner kännetecknas av, desto högre skattningspoäng på skalan 1-10)

Förbättringsområde 1 Ekonomifokus i vårdprocessen

Faktor	Fungerande rutiner	Tillämpning rutiner	Arbetsätt/rutiner att förbättra
Tidig screening/kartläggning			
Standardiserad process över tid			
Uthållighet – utvärdera och ompröva			

OMRÅDE 1 – Ekonomifokus i vårdprocessen

- Vid vissa kliniker pratar man om både huvudmålet/syftet med verksamheten samt att man kopplar delmål till syfte och huvudmål. Det finns de som beskriver hur man anpassar målet till patienten, det är inte alla patienter som har som mål att någonsin bli utskriven och då anpassas målet till det.
- Ett par kliniker har tydlig målsättning för arbetet kring patientens ekonomi.
- Flera kliniker har rutinen att tidigt gå igenom patientens ekonomi, vanlig rutin är ”inom två veckor”. Vissa kliniker börjar förbereda t.ex. ansökan om ersättning, kollar upp hyresavtal mm redan under häktetiden men ofta väntar man med såväl kartläggning som insatser kring ekonomi till dess att eventuell dom vunnit laga kraft vilket ibland kan ta många månader.
- Vissa kliniker gör inte tidig kartläggning när patientens psykiska tillstånd inte medger samtal kring ekonomi utan väljer att vänta till dess patienten kan svara på frågor. Några kliniker väljer att utreda patientens ekonomi i ett tidigt skede även om patienten just då inte kan vara delaktig i utredningen, man läser journaler, ringer myndigheter och gör det som går att göra utan patientens medverkan

- Flertalet intervjuade visste att patientens ekonomi kartläggs och vem som utför kartläggningen men saknar rutiner kring när och hur detta utförs. Checklistor för att säkerställa att alla patienter får jämlik vård oavsett behovsgrupp saknas i många fall.
- Flera rapporterar om att viktiga delar av patientens ekonomi kan falla mellan stolar av olika orsaker; patienten saknar adress och får därför inte sina räkningar, patientens muntliga uppgifter om skulder stämmer inte med verkligheten eller att klinikens rutin för ekonomisk kartläggning ”saknar djup”.
- Flera respondenter beskriver brister i samsyn för dokumentation, man saknar tydliga riktlinjer för var och hur man dokumenterar patientens ekonomi i journal.
- Några tyckte att ekonomiska frågor kom upp för sent i vårdprocessen.
- Det fanns även kliniker där man inte hade några rutiner alls för att kartlägga patientens ekonomi.
- De allra flesta upplevde att det saknades helt eller fanns brister i långsiktig planering och uppföljning av patientens ekonomi.
- Vid flertalet kliniker finns såväl personal som tycker att patienterna ska betala vårdavgift och sådana som tycker att det borde finnas annat system, även om alla kliniker jobbar under de

(politiska) förutsättningar som råder gällande vårdavgiften.

- Många patienter undviker medvetet att betala vårdavgiften men det händer också att vårdavgiften missas på grund av att patienten saknar adress och därför inte få sina räkningar.
- Två intervjuade, vid två olika kliniker, berättar att samtliga patienter betalar vårdavgiften. Vid den ena kliniken söker man förvaltare omedelbart för den patient som inte betalar sin vårdavgift, vid den andra kliniken har man lyckats motivera samtliga att betala.
- Vissa kliniker söker sänkt vårdavgift, t.ex. för att patienten ska kunna spara en slant inför utslussning. Andra kliniker gör inte det, av principskäl eller för att det inte godkänns i det landstinget.

Ingen strukturerad kartläggning av ekonomi men det är alltid klart med ekonomi, boende och sysselsättning inför utslussning, annars godkänner inte förvaltningsrätten.

Under häktetiden kan man se till att det är gjort i ordning för ansökan om stöd till bostad, och någon form av ersättning.

Jag är nöjd med den ekonomiska kartläggning som görs initialt, man har en direkt överblick...

Jag ansvarar för intagsavdelningen och då gör jag det vi kallar tidig

intervention. Jag har gjort en checklista med det viktigaste: har du ersättning och vilken, har du god man/förvaltare, var tar din post vägen, hur betalar du räkningar, har du barn, har du vapen hemma.

Vi gör alltid initial vårdplanering och där hör det till att kolla upp det här viktigaste och att man ordnar med det som är akut, till exempel stänga ner avtal med bredbandsbolaget och så, så att inte skulderna ökar i onödan. Det ska ju inte stå still i flera månader, det vore ju olyckligt om det skulle bli så.

Ordentlig kartläggning hjälper oss att förstå problemet, om det är sjukdomen eller annat som ligger bakom den ekonomiska situationen.

Första kontaktpersonsamtalet sker under patientens första vecka på avd. Det finns inga dokument som beskriver vad det samtalet ska innehålla, det får man känna efter själv vad man vill ta upp.

En behandlingspedagog gör ekonomisk kartläggning med alla patienter, om möjligt inom 2 veckor efter inskrivning. Kartläggningen framtagen av kuratorer, senast reviderad i maj i år. Den innehåller frågor om stöttning, inkomster, utgifter, ev. skulder mm.

Kontaktperson pratar med sin patient när de kommer in, det finns ett enkelt papper med frågor om allt möjligt och även ekonomi; bostad, om man har god man/förvaltare, om man sköter egen ekonomi och om man i så fall vet hur man gör en budget osv.

Vi gör ingen kartläggning vid inskrivning, inget i intagningsanteckningen men ibland har kurator på häktesavdelning gjort vissa förberedelser, till exempel inför ansökan om ersättning.

När patienterna kommer in gör väl kuratorn så att hon tittar över ekonomin, jag tror det i alla fall.

Vi gör inte rutinmässigt kartläggning av alla patienter. Det finns en mall som kontaktpersonerna ska fylla i. Det är lite si och så hur den fylls i, det blir inte alltid gjort, fylls inte i likadant.

Ibland har man inte tagit tag i ekonomin förrän det börjar komma brev från inkasso.

På intaget är de så pass dåliga, där pratar man inte med patienten om ekonomi, det tas inte upp ens i intagssamtalet. När sedan patienten kommer över till hemavdelning efter en tid på intaget, då har vi inget intagningsamtal. Vi tar anamnes...men ekonomi blommar upp efter ett tag...

När domen vunnit laga kraft, då tar ofta patienten själv upp ekonomi.

Vi gör också olika slags kartläggning av patienten, det ska egentligen ske inom 2 veckor men många är väldigt sjuka och det är omöjligt att få kontakt.

Kurator är med på inskrivningssamtalet och tar då reda på hur det är med patientens ekonomi.

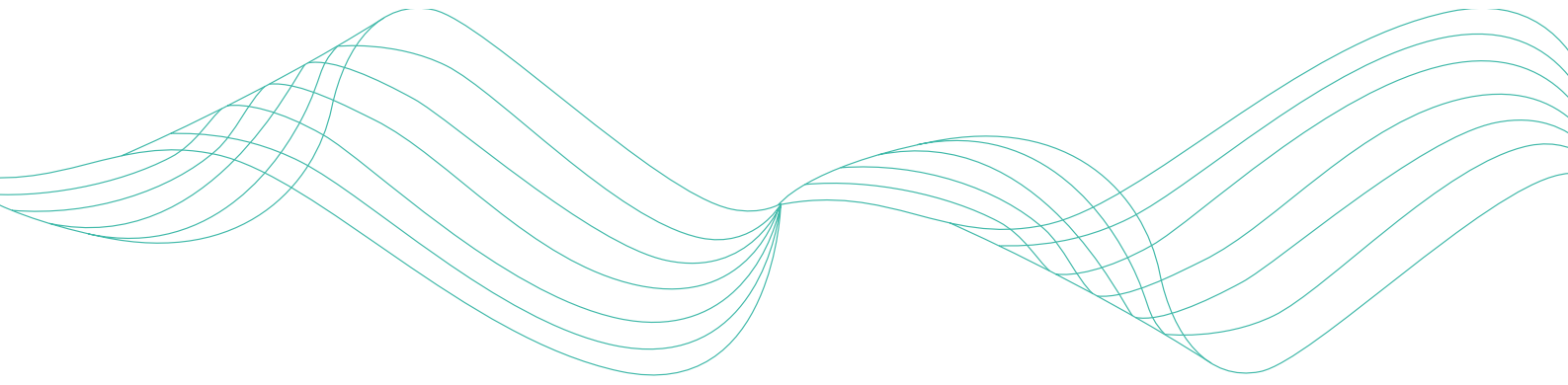
Arbetsterapeuten gör tidigt en kartläggning om bl.a. patientens ekonomi.

Redan tidigt gör kurator en första bedömning av patientens ekonomiska situation, en kartläggning. Det kan betyda att man hinner rädda en lägenhet eller säga upp en lägenhet. Då kollar jag också med kronofogden, om patienten har några skulder, hör om inkasso väntar...

Inom de första två veckorna gör vi i vårdlaget en djupintervju med pat. Där går vi igenom hälsa, socialt, ADL och ekonomi. Det finns frågor kring inkomst, skulder, boende, budget, kronofogde osv. Många har skulder. När vi har gjort intervjun tittar vi på vad som vi behöver ta tag i.

Vi kuratorer gör inte rutinmässigt kartläggning av alla patienter. Personalen ska göra det men det blir inte alltid gjort och det finns inga riktlinjer för hur.

Alla patienter har identitetshandlingar osv. det där detektivarbetet... har den kurator som är på intaget redan gjort.



Registercentrum **Norr**