

IMPLEMENTERING OG VEDVARENDE KVALITETSFORBEDRING

ANNE LYGROTH
PROSJEKTLEDER GODE PASIENTFORLØP I ØSTRE-AGDER



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Aust-Agder

AGENDA

1. **Hva skal vi forandre?**
2. Forbedringsmodellen og småskalatesting
3. Hvordan sikrer vi vedvarende forbedring og god kvalitet?
4. Testing i praksis – Marsmellow challenge

HVA SKAL VI FORANDRE?



Forskningsbasert prosedyre

Endre rutine for.....?

All forbedring er en forandring, men ikke
all forandring er en forbedring.

G. Langley, et al *The Improvement Guide*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1996:
xxi. 8

De som gjør forandringene er de som RØRER pasienten.

Carol Peden Mars 2013



KUNNSKAP ER VIKTIG

Vi ønsker å møte pasienten våres med respekt og gi de riktig behandling og det beste tilbudet.

Fakta:

20% av alle pasienter opplever å få feilbehandling i alle land som er undersøkt BMJ2005. PE Hjort 2007

30-40% får ikke behandling i henhold til vitenskapelig dokumentasjon Schuster, McGlynn, Brook (1998) GroIR (2001)

PASIENTSIKKERHETSPROGRAMMET



Pasientsikkerhetsprogrammet

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal bidra til å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten i Norge.

Innsatsområder



Riktig legemiddel-
bruk i sykehjem



Riktig legemiddel-
bruk i hj. tjenesten



Samstemming av
legemiddellister



Forebygging av
trykksår



Forebygging av fall
i helseinstitusjoner



Forebygging av
underernæring



Tidlig oppdagelse
av forverret tilstand



Tidlig oppdagelse
av sepsis



Forebygging av
urinveisinfeksjoner



Forebygging av
infeksjon ved SVK



Behandling av
hjerneslag



Trygg kirurgi



Forebygging av
selvmord



Forebygging av
overdosedødsfall



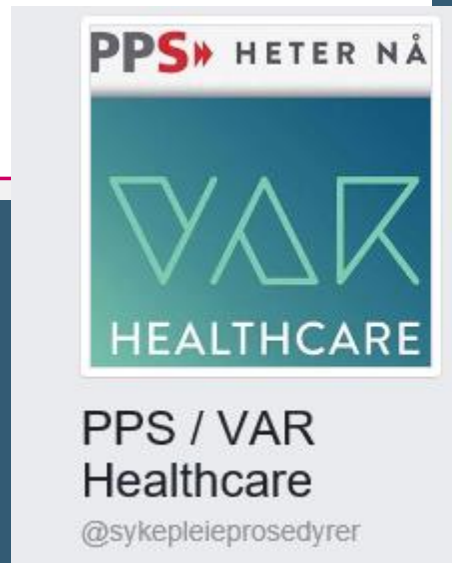
Overdosedødsfall
etter fengsel



Ledelse av
pasientsikkerhet

FORSKNINGSBASERT KUNNSKAP

Når leste du sist en oppdatert prosedyre?



3 HOVEDOMRÅDER

OPPSLAGSVERK

NASJONALE RETNINGSLINJER

OPPSUMMERT FORSKNING



NOEN AKTUELLE RETNINGSLINJER:



Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring

Det antas at mellom 20 og 50 prosent av pasientene i institusjon har en underernæringstilstand. Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale anbefalinger for å identifisere, forebygge og behandle underernæring.



Diabetes Forebygging, diagnostikk og behandling

Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag



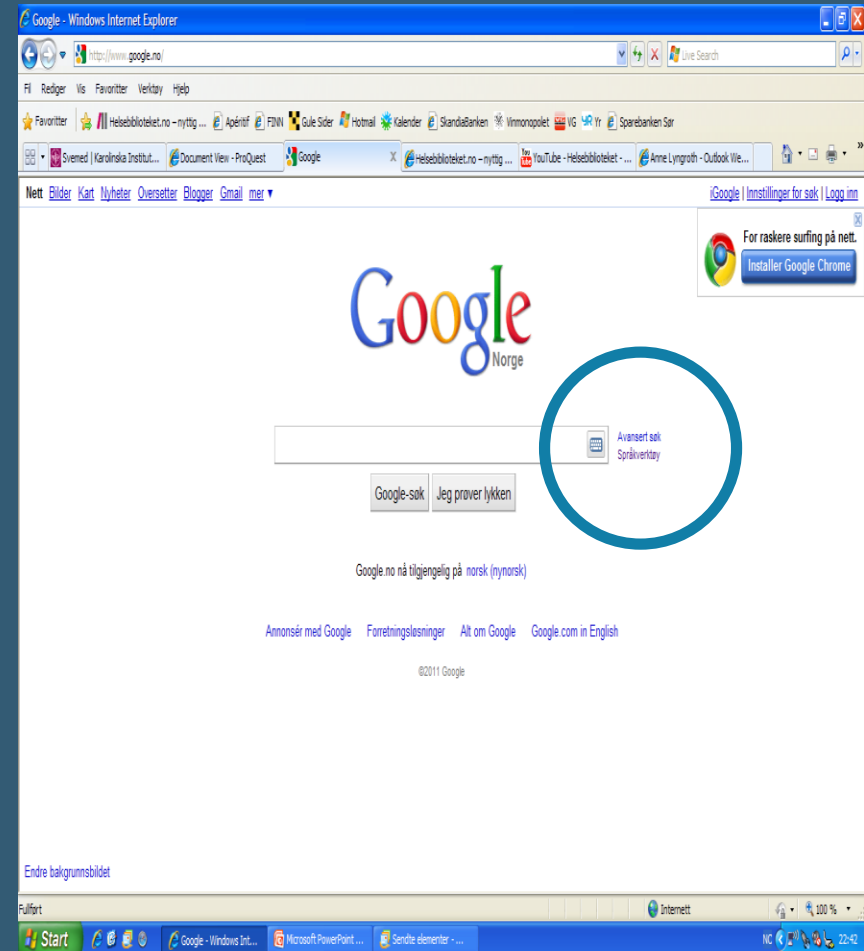
ENGELSK

WWW.GOOGLE.COM

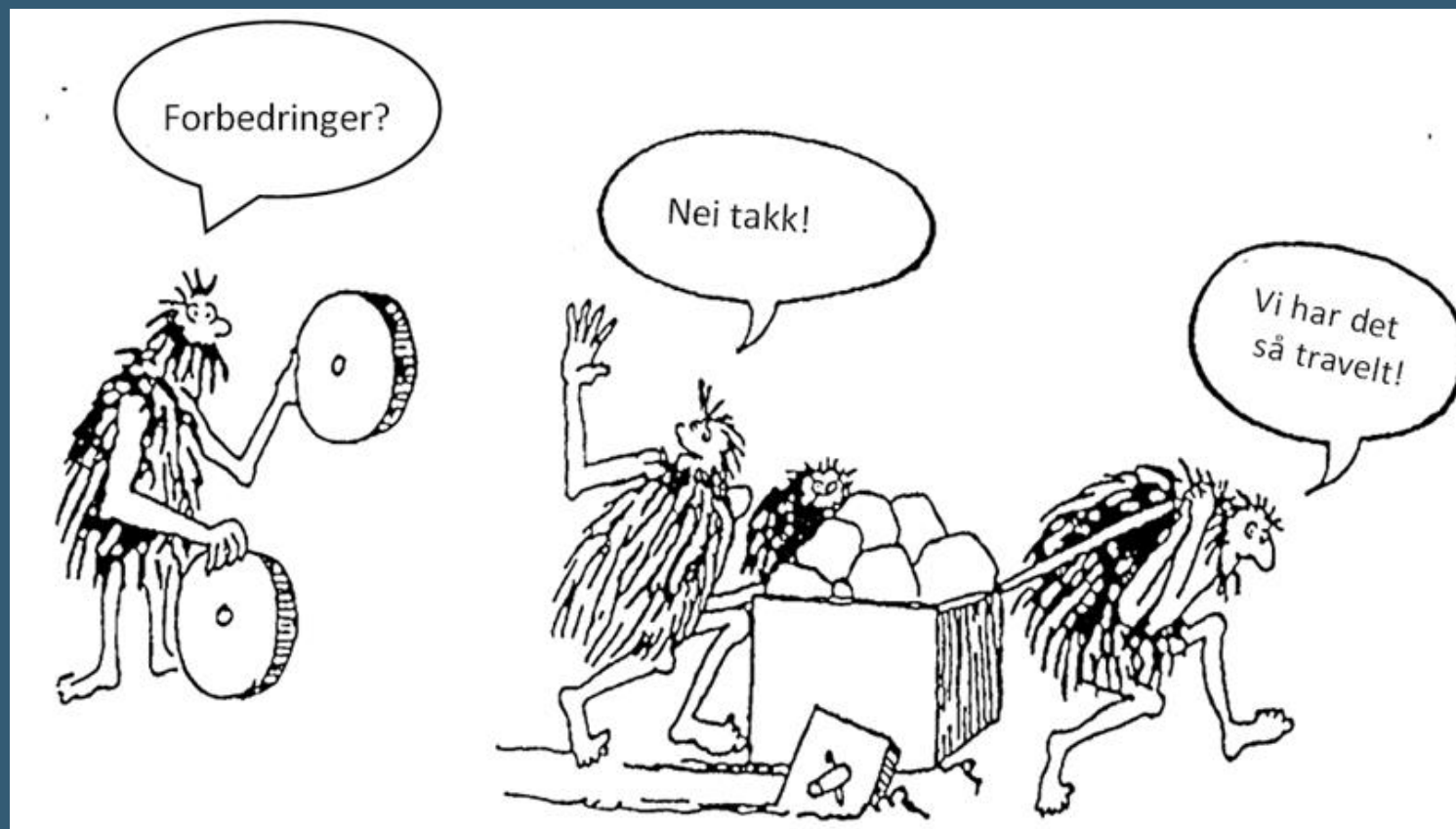
Språkverktøy

Klipp ut hele teksten og lim den inn

Så har du den nesten på norsk



ENDRING AV RUTINER OG ARBEIDSFLYT



TENKE ANNERLEDES — ENDRING AV EN RUTINE



Film
Hvis design kan redde liv

EVALUERING

RING EN PASIENT ELLER PÅRØRENDE



AGENDA

1. Hva skal vi forandre?
- 2. Forbedringsmodellen og småskalatesting**
3. Hvordan sikrer vi vedvarende forbedring og god kvalitet?
4. Testing i praksis – Marsmellow challenge

FORBEDRINGSMODELLEN – ETT VERKTØY



HÅRETE MÅL



REALISTISKE,
MEN
AMBISIØSE!

MEERESSTRICHEN

Wasserstand

Zeit

12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 24:00

Zeit	Wasserstand	Temperatur
12:00	10	
13:00	11	
14:00	12	
15:00	13	
16:00	14	
17:00	15	
18:00	14	
19:00	13	
20:00	12	
21:00	11	
22:00	10	
23:00	11	
24:00	12	

YM	PASIENT	SYKEPLEIER:	P.U.	U.K.	PRIMAR	Trykknål	Ultralyd/efthjelp
106	♀ [redacted]	KRISTINE	26/3		MIDGERTSE		
107	♀ [redacted]	SIGVE				●	● ●
108	♂ [redacted]	SIGVE			SIGVE	●	●
109	♂ [redacted]	KRISTINE				●	●
114	♀ [redacted]		26/3			●	
115	♂ [redacted]					●	
116	♂ [redacted]	SIGVE				●	● ●
117	♀ [redacted]	KRISTINE				●	●
119	♂ [redacted]					●	
121	♂ [redacted]	SIGVE				●	
121	♂ [redacted]	ELIN	25/3				
121	♂ [redacted]	INGRID				●	● ●
122	♀ [redacted]						
122	♀ [redacted]						
123	♀ [redacted]						
123	♀ [redacted]						
118	♀ [redacted]						
118	♀ [redacted]						

Month: August

	1	2				
	3	4				
	5	6				
7	8	9	10	11	12	
13	14	15	16	17	18	
19	20	21	22	23	24	
		25	26			
		27	28			
		29	30	31		

at work, after school, and on weekends
at work, after school, and on weekends
at work, after school, and on weekends

Releasing Time to Care

[illegible]

 NASJONALT SERVICEMILJØ
FOR MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE

NÅR TALL SKAL KOMMUNISERE

DEN GODE

- Mål lokalt
- Mål nå
- Mål smått
- Mål hyppig
- Mål prosesser
- Fjern nevneren

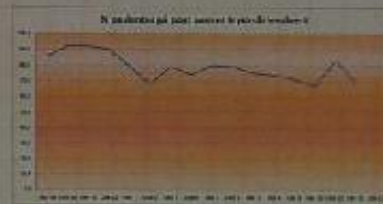
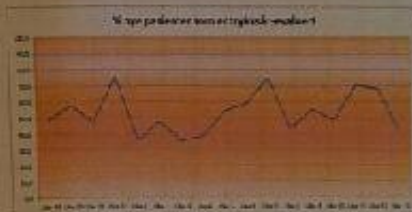
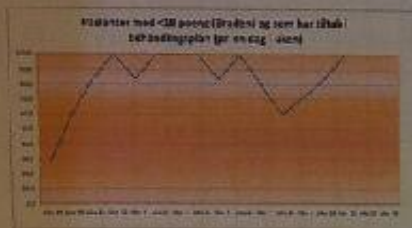
I dag fikk 2 av våre pasienter ikke målt sine fysiologiske parametere

DEN ONDE

I den siste måneden fikk over 90 % av våre pasienter målt sine fysiologiske parametere

DEN GRUSOMME

I fjor målte vi fysiologiske parametere 3,8 ganger pr innleggelse



- Sammenheng mellom de to linjene i grafen over 2012 og 2013:
- 1) Det er en klar sammenheng mellom de to linjene i grafen over 2012 og 2013.
 - 2) Det er en klar sammenheng mellom de to linjene i grafen over 2012 og 2013.
 - 3) Det er en klar sammenheng mellom de to linjene i grafen over 2012 og 2013.
 - 4) Det er en klar sammenheng mellom de to linjene i grafen over 2012 og 2013.
 - 5) Det er en klar sammenheng mellom de to linjene i grafen over 2012 og 2013.

Tillegg til informasjonen i grafen over 2012 og 2013:

- Det er en klar sammenheng mellom de to linjene i grafen over 2012 og 2013.
- Det er en klar sammenheng mellom de to linjene i grafen over 2012 og 2013.
- Det er en klar sammenheng mellom de to linjene i grafen over 2012 og 2013.
- Det er en klar sammenheng mellom de to linjene i grafen over 2012 og 2013.
- Det er en klar sammenheng mellom de to linjene i grafen over 2012 og 2013.

1. april 2013: 11 dager siden sist trykksår oppstått på 3B.

11 dager siden sist trykksår oppstått på 3B.

Nyoppståtte trykksår - april 2013

Luke	mon	tir	ons	tor	fre	lør	søn
1B	1	2	3	4	5	6	7
2B	8	9	10	11	12	13	14
3B	15	16	17	18	19	20	21
4B	22	23	24	25	26	27	28
5B	29	30	31				

Antall dager siden sist trykksår oppstått på 3B:

11[😊]
næsten ny rekord...

Nyoppståtte trykksår i januar 2013



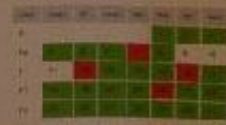
Antall nye trykksår i januar 2013

Nyoppståtte trykksår i februar 2013



Antall nye trykksår i februar 2013

Nyoppståtte trykksår - mars 2013



Antall nye trykksår i mars 2013

Resultatene må gjøres tilgjengelig, fremstilles hyppig og brukes aktivt for å danne nye hypoteser om hva som kan testes/forbedres!

HVEM SKAL MÅLE?



ANNES FORBEDRINGSPROSJEKT



FORBEDRINGSMODELLEN

Hva ønsker jeg å oppnå?

Løpe KK mila på under 1 time.

Hvordan vet du at endringen er en forbedring?

Når jeg klarer å løpe 1 mil på under 1 time

Hvilke endringer kan gjøres for å føre til forbedringen?

Begynne å trene

Spise sunt

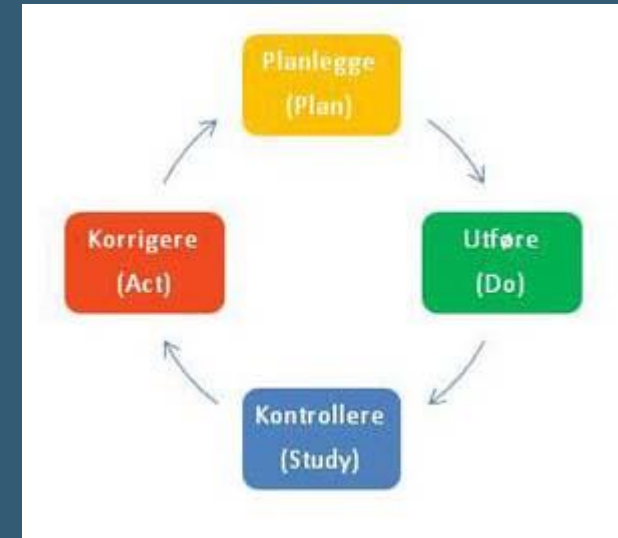
Gå istedenfor å ta bilen

Testløp

PDSA -LØPING

Start med en Arbeidshypotese

1. **PLAN:** Hvem, Hva, Hvor, Når?
2. **DO:** Data innsamles og analyse påbegynnes
3. **STUDY:** Dataanalysen gjennomføres og sammenlignes med hypotesen
4. **ACT:** Hvilke handlinger skal settes i verk på bakgrunn av analysen?



PDSA-sirkel/ småskalatest

Enhet/Dato:

Tiltak/handling

Hvilket tiltak og konkrete handling er de vi tester?
(spørsmål nr 3 i forbedringsmodellen, tilsvarer primær og/eller sekundærdriver i driverdiagram)

Test nummer

(Hvilket nummer i rekken av tester innenfor en syklus er dette)

Arbeidshypotese (Ideen til hvordan)

Hvilket resultat forventer vi ?
(Hvis A gjøres, så vil B inntreffe)

Neste skritt besluttes

- Testen er vellykket: Test hypotesen på flere og/eller under andre omstendigheter eller betingelser.
- Testen er delvis vellykket : Endre eller juster hypotesen.
- Testen er ikke vellykket: Forkast hypotesen og utarbeid en ny hypotese.

A 

Planlegg både testen og innsamling av informasjon

- Hva?
- Hvem?
- Hvor ?
- Når?
- Hvordan?

 P

Analyser og lær

- Sammenlign resultatet av testen med arbeidshypotesen
- Gikk det som forventet? Hva gikk ikke som forventet? Hvorfor?
- Hva lærte du?

S 

 D

Utfør testen

- Kan det planlagte gjennomføres?
- Beskriv hva som faktisk skjedde under testen, og eventuelle uforutsette problemer og hendelser
- Noter eventuelle resultater eller data som er samlet inn i forbindelse med testen

Eksempel

Kjøp av utstyr til
TILT i 8
kommuner

1. Leverandør
demo på 1
kontor

2. Flere
kommuner
vurderer

3. Korttid tester
i praksis

4. Hjemme-
tjenesten tester i
praksis

Brukes til å planlegge og gjennomføre tester av ideer til hvordan tiltakene kan gjennomføres i praksis. Skjemaene bør markeres med hvilken test i rekke av tester dette er, og hvilken endring det er som testes. Erfaring gjort underveis bør lagres slik at man får oversikt over læring underveis. Skjemaet kan brukes i forbindelse med veiledning.

MÅLET

HVA ØNSKER JEG Å OPPNÅ?

Underernærte og personer i ernæringsmessig risiko på Feviktun bo og omsorgssenter blir identifisert og får en målrettet ernæringsbehandling.



MÅLINGER HVORDAN VET DU AT ENDRINGEN ER EN FORBEDRING?

35% på Feviktun er underernært (KMI under 22) DVS 1 av 3 (Landsbasis mellom 10 og 60%)

30 % Har ernæringsjournal Målet er 95%

- Varierer fra 7%-100% mellom avdelingene

5% Har tiltak i tiltaksplan Målet er 95%

NB: Mangler data for 14 pasienter

HVILKE ENDRINGER KAN GJØRES FOR Å FØRE TIL FORBEDRINGEN?

Liste over tester (PDSA) som du har planlagt:

- Ernæringscreening – 4 tester gjennomført
- Kostregistrering- 1 test gjennomført
- Begergning av behov og inntak – Innen 14 dager
- Føring av ernæringsjournal- 2 tester gjennomført

ÅRSAGER TIL SUCCESS, BARRIERER OG ERFARINGER

Beskriv hovedårsagen til din succes i denne måned

Fått med engasjerte deltakere i prosjektgruppen som jobber store stillinger. Legen er veldig engasjert, har mye kunnskap og ønsker om tiltak.

Tatt tak i gruppens frustrasjon ved bruk av dokumentasjonssystemet og laget et standard oppsett som gjør det mindre tidskrevende.

Hvilke barrierer er du stødt på?

Kjøkkentjenesten har begrensede muligheter for endringer, dette fører til utfordringer på tiltakssiden.

Begrenset med tid til gjennomføring av baseline.

Har ikke fått brukt mye tid på lesing av litteratur.

TALL FOR FEVIKTUN

35% på Feviktun er underernært (KMI under 22) DVS 1 av 3 (Landsbasis mellom 10 og 60%)

30 % Har ernæringsjournal Målet er 95%

- Varierer fra 7%-100% mellom avdelingene

5% Har tiltak i tiltaksplan Målet er 95%

NB: Mangler data for 14 pasienter

HVILKE FORANDRINGER SKAL GENNEMFØRES?

Liste over afprøvninger (PDSA) som du:

Har planlagt (P)

- Ernæringscreening – 4 tester gjennomført
- Kostregistrering- 1 test gjennomført
- Begergning av behov og inntak – Innen 14 dager
- Føring av ernæringsjournal i gericca- 2 tester gjennomført

ÅRSAGER TIL SUCCESS, BARRIERER OG ERFARINGER

Beskriv hovedårsagen til din succes i denne måned

Fått med engasjerte deltakere i prosjektgruppen som jobber store stillinger.
Legen er veldig engasjert, har mye kunnskap og ønsker om tiltak.

Tatt tak i gruppens frustrasjon ved bruk av dokumentasjonssystemet og laget et
standard oppsett som gjør det mindre tidskrevende.

Hvilke barrierer er du stødt på?

Kjøkkentjenesten har begrensede muligheter for endringer, dette fører til utfordringer på tiltakssiden.

Begrenset med tid til gjennomføring av baseline.

Har ikke fått brukt mye tid på lesing av litteratur.

TESTING



MÅLET ER AT DERE SKAL HUSKE

1. Forbedringsmodellens 3 spørgsmål

2. Hva er en PDSA sirkel?



AGENDA

1. Hva skal vi forandre?
2. Forbedringsmodellen og småskalatesting
- 3. Hvordan sikrer vi vedvarende forbedring og god kvalitet?**
4. Testing i praksis – Marsmellow challenge

HVA ER GOD KVALITET?

Pasienter blir skrevet ut for tidlig, kommunene er ikke forberedt

Tine Dommerud

OPPDATERT: 12. JAN. 2016 16:03

PUBLISERT: 12. JAN. 2016 12:59



Riksrevisjonen anklager kommuner for ikke å ruste opp slik at pasienter som overføres fra sykehus til kommunehelsetjenesten

FOTO: Dag P. Neegaard

Sykehusene og kommunehelsetjenesten samarbeider ikke godt nok om pasientene. De klarer blant annet ikke å fortelle hverandre hva slags medisiner pasienten bruker. Likevel angrer hverken politiker eller sykepleiere på reformen.

RIKSREVISJONENS ANBEFALING 1

Øker kunnskapen om kvaliteten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste, blant annet ved hjelp av indikatorer for kvalitet.

Hovedfunn:

Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene.

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015-2016)



Bærekraftig
helsetjeneste med **god**
kvalitet.

Jfr. Samhandlingsreformen

MÅLET ER Å GÅ FRA SYNSING TIL FAKTA



Hvordan er
kvaliteten i min
kommune og
hva er **god**
kvalitet?

Hos oss får 90% besøk av en sykepleier som har lest epikrisen før de møter pasienten.

40% blir spurt om hva som er viktig for deg?

60% opplevde at nødvendige hjelpemidler er bestilt/på plass ved utskrivelse.

30% har fått oppfølging fra fastlegen etter sykehusopphold.

20% har fått samstemt medisinalisten sin ved overganger.

På mitt sykehjem er 40% underernært og av disse har 80% av de som er underernært tiltak i tiltaksplan.

Forberedelse hjemkomst (sjekkliste 1)					
Epikrise er gjennomgått før møte med pasienten					
Samstemming av medisiner					
1. besøk av sykepleier innen 3 dager (Sjekkliste 2)					
Hva er viktig for deg samtalen					
Informert pasienten om primærkontakt					
Hjelpemidler er bestilt/på plass					
IPLOS/ADL 1. gang					
Ernæringskartlegging (MUST)					
Ernæringsplan (kun ved underernæring)					
Vurdert henvisning til fysio/ergo					
Vurdert henvisning til palliativ koordinator					
Vurdert henvisning til demenskoordinator/ tiltakspakke demens					
Er legetime bestilt (14 dager)?					
Oppfølging fra fastlege (sjekkliste 3)					
Mål/tiltaksplan oppdatert					
Ny status etter 5 uker (sjekkliste 4)					
Har vi lyktes med å hjelpe deg med det som var viktig for deg?					
IPLOS/ADL 2.gang					
Mål/tiltaksplan revidert					
Vedtak iverksatt					
Planlagt ny sjekkliste 4 om 6 mnd					

- IKKE PÅBEGYNT -

Påbegynt

Ja

Nei

Ikke aktuelt

HVORDAN SIKRE VEDVARENDE FORBEDRING

1. Sett klare mål og rapporter på om dere når dem - målinger
2. Gå inn i dokumentasjonen og les
3. Ledere som er engasjert og følger opp.
Si hva du forventer og når du forventer det.
4. Medarbeidere med kunnskap om forbedring og pasientsikkerhet



MOTSTAND





FORBEDRINGSVERKTØY



TAVLEMØTE ETT VERKTØY FOR DAGLIG FOKUS



FORBEDRINGSTAVLE

Fokusområde	OK	Krever oppfølging	Forbedrings- idéer
Andre utfordringer fra ansatte, andre avdelinger, pasienter og pårørende			

Prioriteringsmatrise

Effekt

Høy

Lav

Lav

Høy

Evne til å gjennomføre

Handlingsplan

#	Forbedrings- idé	Ansvor	Tidspunkt	Ansvar	P	D	S	A
1	Forbedring av...	Ja	2024					
2	Forbedring av...	Ja	2024					

Ideer under testing

Fremdriftsplan

Enhet/Dato:

Deltakende enhet	
Teamleder / e-post	

	Milepæler	Hva skal gjøres	Hvem skal gjøre det	Når skal det gjøres
1				
2				
3				
4				
5				

Skjemaet brukes til å planlegge de viktigste milepælene for forbedringsteamet i løpet av læringsnettverket. Det bør fremkomme hva som må være på plass for at tiltakene skal kunne testes og implementeres (jmfør suksesskriterier).

Skjemaet leveres inn etter endt samling.

Tidlig oppdagelse av forverret tilstand

Enhet/Dato:
Avdeling, antall pasienter/senger,
antall ansatte, osv...

Hvor stor er utfordringen/problemet?

Beskriv utfordringen i egen organisasjon.

Forbedringsteamet

Teamleder:

Måleansvarlig:

Gruppedeltagere:

Veileder:

Viktige å involvere:

Nærmeste leder:

Målsetting - Hva skal dere oppnå?

Mål definert for hver indikator (Hvor mye, hvor, for hvem, innen når?)

Status og ev. utfordringer, tiltak 1

- Status & utfordringer

NESTE STEG

- Hva skal testes? (Småskala testing)

Status og ev. utfordringer, tiltak 2

- Status & utfordringer

NESTE STEG

- Hva skal testes? (Småskala testing)

Status og ev. utfordringer, tiltak 3

- Status & utfordringer

NESTE STEG

- Hva skal testes? (Småskala testing)

Status og ev. utfordringer, tiltak 4

- Status & utfordringer

NESTE STEG

- Hva skal testes? (Småskala testing)

Status og ev. utfordringer, tiltak 5

- Status & utfordringer

NESTE STEG

- Hva skal testes? (Småskala testing)

Selvevalueringstall (1-5)

x

Statusrapporten er en beskrivelse av hva teamet gjør og oppnår i løpet av læringsnettverksperioden. Rapporten brukes som utgangspunkt for diskusjon sammen i teamet og i samtale med veileder og/eller leder. Skjemaet sendes veileder med kopi til sekretariatet etter endt samling 1.

Her skal teamet definerer arbeidets målsetting i én enkelt setning maks to. Definisjonen skal si noe om Hvor mye (tallfestet), hvor (definer test-enhet), for hvem (pasient/brukergruppe), innen når (tidfestet). Denne målsettingen knytter seg opp mot resultatindikator.

Her skal teamet beskrives hvilke ideer som testes nå, skal testes og er testet. Det som testes er ideer til hvordan tiltak kan gjennomføres i praksis i egen virksomhet (se eget pdsa-skjema). Dette gir oversikt over hvilke tiltak/drivere som er testet og på hvilke områder man må teste mer for å finne best måte å gjennomføre tiltaket hos seg.

Her beskrives status.
Har teamet noen utfordringer?
Beskriv de erfaringer og den
læring som er gjort underveis.
Dette er særlig viktig i
periodene mellom første og
andre samling. Det som står
her vil være utgangspunkt for
diskusjon på samling.

Det kan være nyttig å ha et eget skjema der erfaringer og læring fra testing av det enkelte tiltak loggføres (positive erfaringer, utfordringer).

Hver ide testes ved hjelp av pdsa-skjemaer.

[illegible]

Tidlig oppdagelse av forverret tilstand

Enhet/Dato:
Avdeling, antall pasienter/senger,
antall ansatte, osv...

The diagram illustrates a four-step process for identifying and addressing challenges. The steps are arranged in a grid, with arrows indicating the flow from step 1 to step 4.

Step 1: Hvor stor er utfordringen/problemet?

- Beskriv utfordringen i egen organisasjon.

Step 2: Status og ev. utfordringer, tiltak 1

- Status & utfordringer

NESTE STEG

- Hva skal testes? (Småskala testing)

Step 3: Status og ev. utfordringer, tiltak 3

- Status & utfordringer

NESTE STEG

- Hva skal testes? (Småskala testing)

Step 4: Status og ev. utfordringer, tiltak 4

- Status & utfordringer

NESTE STEG

- Hva skal testes? (Småskala testing)

Step 5: Status og ev. utfordringer, tiltak 5

- Status & utfordringer

NESTE STEG

- Hva skal testes? (Småskala testing)

Step 6: Selvevalueringstall (1-5)

Forbedringsteamet

- Teamleder:
- Måleansvarlig:
- Gruppedeltagere:
- Veileder:
- Viktige å involvere:
- Nærmeste leder:

Målsetting - Hva skal dere oppnå?

Mål definert for hver indikator (Hvor mye, hvor, for hvem, innen når?)

Statusrapporten er en beskrivelse av hva teamet gjør og oppnår i løpet av læringsnettverksperioden. Rapporten brukes som utgangspunkt for diskusjon sammen i teamet og i samtale med veileder og/eller leder. Skjemaet leveres inn etter endt samling 1.

I trygge hender 24
pasienter i barnefagprogrammet.no

Statusrapporten er en beskrivelse av hva teamet gjør og oppnår i løpet av læringsnettverksperioden. Rapporten brukes som utgangspunkt for diskusjon sammen i teamet og i samtale med veileder, sponsor, og/eller leder.

Dette er et uttrykk for teamets vurdering av fremdrift i læringsnettverksperioden (se eget skjema)

PDSA-sirkel/ småskalatest

Enhet/Dato:

Tiltak/handling

Hvilket tiltak og konkrete handling er de vi tester?
(spørsmål nr 3 i forbedringsmodellen, tilsvarer primær og/eller sekundærdriver i driverdiagram)

Test nummer

(Hvilket nummer i rekken av tester innenfor en syklus er dette)

Arbeidshypotese (Ideen til hvordan)

Hvilket resultat forventer vi ?
(Hvis A gjøres, så vil B inntreffe)

Neste skritt besluttes

- Testen er vellykket: Test hypotesen på flere og/eller under andre omstendigheter eller betingelser.
- Testen er delvis vellykket : Endre eller juster hypotesen.
- Testen er ikke vellykket: Forkast hypotesen og utarbeid en ny hypotese.

A 

Planlegg både testen og innsamling av informasjon

- Hva?
- Hvem?
- Hvor ?
- Når?
- Hvordan?

 P

Analyser og lær

- Sammenlign resultatet av testen med arbeidshypotesen
- Gikk det som forventet? Hva gikk ikke som forventet? Hvorfor?
- Hva lærte du?

S 

 D

Utfør testen

- Kan det planlagte gjennomføres?
- Beskriv hva som faktisk skjedde under testen, og eventuelle uforutsette problemer og hendelser
- Noter eventuelle resultater eller data som er samlet inn i forbindelse med testen

Brukes til å planlegge og gjennomføre tester av ideer til hvordan tiltakene kan gjennomføres i praksis. Skjemaene bør markeres med hvilken test i rekken av tester dette er, og hvilken endring det er som testes. Erfaring gjort underveis bør lagres slik at man får oversikt over læring underveis. Skjemaet kan brukes i forbindelse med veiledning.

THE MARSHMALLOW CHALLENGE

- Bygg den høyeste frittstående konstruksjonen
- På toppen plasseres en **hel** Marshmallow
- Der er 20 spagettier, 1 m tau, 1 m tape og 1 Marshmallow til rådighet
- Det er valgfritt hvor mye av materialet, som anvendes
- Det er tillatt å brette spagettiene og dele tau/tape i flere deler
- Dere har 10 min.

Tar du utfordringen?



AGENDA — DA VAR VI FERDIGE!

1. Hva skal vi forandre?
2. Forbedringsmodellen og småskålatesting
3. Hvordan sikrer vi vedvarende forbedring og god kvalitet?
4. Testing i praksis — Marsmellow challenge



