

Pandemiens påvirkning på forbedringsarbeidet



Grader fra 1-4 hvor stor påvirkningen av pandemien har på ditt forbedringsarbeid

1= full stop

4= Ingen påvirkning

Skriv tallet inn i chat, gjerne med kommentar

Det gjøres opptak av denne samlingen. Lenke til opptaket blir delt med deltakere og veiledere i etterkant.

Velkommen!

Regional Forbedringsagentutdanning på Agder

Digital halvdagssamling 15. desember 2021

Zoom



**Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester**

AGDER

Digital verktøysamling 15.12.21

Program:

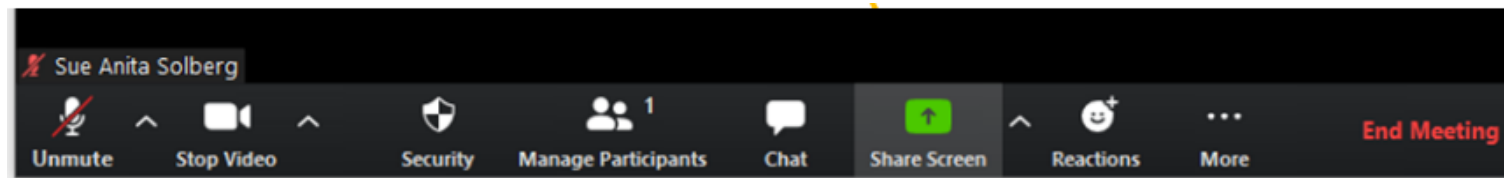
- Oppstart
- Erfaringer med å involvere brukere/pårørende i utviklings-/forbedringsprosjekter v/Kathrine M Holmerud
- Repetisjon Indikatorer
- Bakgrunn for brukerinvolvering
- Erfaringsdeling
- På hvilke måter kan man få inn brukerstemmen?
- Erfaringer fra Vestre Viken v/Åse S. Lexberg og David C. Hemmingsen
- Gruppearbeid om brukerstemmen
- Evaluering og oppsummering



Informasjon:

- Opptak
- Presentasjoner legges på nettside

NB!



Erfaringsdeling med involvering av bruker

- Erfaringer med å involvere brukere og pårørende i utviklings-/forbedringsprosjekter v/Kathrine M Holmerud

Indikatorer og måleplan

Litt repetisjon og flere eksempler

Indikatorer - Hva er hva?

	Resultatindikator	Prosessindikator	Balanserende indikator
Brukes til?	Hvordan kan vi følge med på om vi når målet?	Hvordan kan vi følge med på prosessen underveis?	Hva kan være utilsiktet effekt av forbedrings-arbeidet, og hvordan kan vi følge med på om det skjer?
Innhold?	Beskriver sluttresultatet for pasientene/brukeren	I hvilken grad man gjennomfører tiltak/endringer (ofte i andeler/prosent)	Om forbedringstiltakene påvirker noe det ikke var meningen å påvirke (volum, økonomi, flyt osv)
Nødvendig?	Må ha	Bør absolutt ha	Brukes hvis aktuelt. Ofte for forbedringsarbeidet som helhet.
Antall?	Vanligvis en	Minst en, kan ha flere fordi flere prosesser påvirker resultatet (men husk at måling tar tid)	En/få (eller ingen)
Dynamisk?	Står vanligvis fast, kan ta lang tid å se effekt. Viderefører gjerne måling etter implementering.	Justeres underveis. Slutte å måle når ikke nødvendig. Vurdere nye/endring i indikatorer hvis ikke fungerer/ved nye tiltak.	Justeres underveis, hvis man blir oppmerksom på utilsiktet effekt (kan også være positive effekter).

Eksempel: Hepatitt C-behandling ruspasienter

- **Problem:** Pasienter ved avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) som får påvist hepatitt C, mottar ikke behandling for dette.
 - Pasientene blir henvist til behandling i somatikk. De innkalles, men møter ikke opp.
- **Mål:** Alle pasienter ved ARA som har hepatitt C får behandling for dette.
- Noen **tiltak** som skal testes ut:
 - Alle pasienter i ARA testes for hepatitt C ved innkomst
 - Flytte behandling av hepatitt C fra somatikk til at den gis i ARA (døgn/dag)
- **Resultatindikator:** Andel pasienter fra ARA med påvist hepC som er behandlet. Måltall: 95%
- **Prosessindikator:** Andel pasienter med blodprøve for hepC ved innkomst ARA. Måltall: 100%



Eksempel: Fallforebygging

- **Mål:** Redusere fall i enhet B med 20% innen 12 måneder.
- **Resultatindikator:** Antall fall (pr dag, uke, mnd). Måltall: 0 fall
- **Prosessindikatorer:**
 - % av pasienter vurdert i tråd med plan
 - % av pasienter revurdert innen 24 timer
 - Antall ganger pasienter er overvåket/kontrollert
 - Antall ganger man gjennomfører en bestemt prosedyre
- **Måling:** Logge data for hver valgt indikator i et diagram med tid på x-aksen og indikatoren på y-aksen (run-diagram)

For hver indikator: Lag sjekkeliste og måleplan

- Sjekkeliste for indikator
 - Bli enige om hva dere faktisk ønsker å måle med indikatoren
 - Tenke gjennom nytteverdi
 - Gjør det mulig å vurdere hvordan måling kan gjennomføres
- Måleplan
 - Praktisk plan for hvordan målingen skal gjennomføres
 - Hvor hentes data, ansvar, tid, presentasjon og analyse, bruk av målingene (beslutninger)

Sjekkeliste utvikling av indikator

Oppsett for indikator

Navn på indikator	
Hvilken type indikator? (Prosessindikator, resultatindikator, balanserende indikator)	
Hvorfor er det viktig? (Hva er formålet med indikatoren? Hva trenger vi den til?)	
Hvem eier denne målingen? (Personen som er ansvarlig for at målingen utføres)	
Indikatordefinisjon	Hva er definisjonen? (Forklar med ord hva indikatoren måler. Teller og nevner dersom det er en andel eller rate)
	Hvilke data-elementer er nødvendige?
	Hvordan skal dataene beregnes?
	Hvilke pasientgrupper er inkluderes? Er det nødvendig å stratifisere (dele i lag eller grupper)? (Eksempelvis, er det forskjell på vakt, tidspunkt, ukedag, alvorlighet etc.)
Målsetting	Hvilket tallfestet mål har vi satt?
	Hvem var ansvarlig for å definere målet?
	Når skal målet nås? (Dato, tid)

Måleplan

Prosess for gjennomføring av målingen

Innsamling	Er data tilgjengelig? (Tilgjengelig nå/tilgjengelig med mindre endringer/fremtidig innsamling nødvendig)
	Hvem er ansvarlig for innsamling av data?
	Hva er prosessen for innsamlingen?
Analyse Beregning indikatorverdier og presenterer resultat	Hvordan skal resultatene presenteres? (F.eks. seriediagram eller søylediagram i Excel)
	Hvem er ansvarlig for analysen?
	Hvor ofte utføres analysen?
Gjennomgang	På hvilken arena skal beslutningene basert på resultatene tas?
	Hvem er ansvarlig for beslutninger om handling gjennomføres?

Eksempel: Medikamenthåndtering

Problem: Avvikssystemet viser at 17% av legemiddelavvik i avdeling A handler om feil tid og frekvens på legemiddel. Konsekvens for pasient har blitt rapportert som ytterligere smerter for pasient, forsinket behandlingstid og alvorlig pasientskade.

Mål: Innen mai 2022 får alle pasienter på avdeling A alltid medisin til rett tid.

Årsaker: Se fiskebeinsdiagram



Gruppeoppgaven fra forrige verkøysamling

- Flere forslag til indikatorer

Gruppe 6

Resultatindikator: Antall alvorlige pasientskader.
Prosessindikator 1: Føre skjema over medisin utlevering.
Prosessindikator 2: Alle prosedyrer skal være oppdatert og tilgjengelig til en hver tid.

Gruppe 5

Monica og Cecilie Merethe Silje

Resultatindikator: Antall legemiddelavvik
Prosessindikator 1: Andel prosedyrer som er oppdatert
Prosessindikator 2: Andel ansatte som er kjent med og har gjennomgått opplæring på prosedyrer for legemiddelutdeling

Gruppeoppgave - bakgrunn

Problem: Avvikssystemet viser at 17% av legemiddelavvik i avdeling A handler om feil tid og frekvens på legemiddel. Konsekvens for pasient har blitt rapportert som ytterligere smerter for pasient, forsinket behandlingstid og alvorlig pasientskade.

Mål: Innen mai 2022 får alle pasienter på avdeling A alltid medisin til rett tid.

Årsaker: Se fiskebeinsdiagram



Gruppeoppgave

Lag forslag til en resultatindikator og to prosessindikatorer for dette forbedringsarbeidet.

Ta utgangspunkt i mål og årsaker. Bruk kreativitet i forhold til det dere trenger av tilleggsinformasjon.

Gruppe 1

Norunn Kari Christine Kari Anette Mari

Resultatindikator: Antall avvik på feil tid/frekvens.
Antall alvorlige pasientskader.
Prosessindikator 1: Andel ansatte med gjennomført opplæring.
Prosessindikator 2: Andel ansatte som føler seg trygge på å gi medisiner på rett tid/frekvens

Gruppe 4

Merete Foss Johanne Nupen Anne Kjersti K. Tynes Frank Erik

Resultatindikator: Ingen legemiddelavvik mai 2022.
Prosessindikator 1: Oppdatert prosedyr
Prosessindikator 2: Opplæring av medikament som deles ut

Gruppe 2

Prosessindikator: Multidose Benuttsystem: Dersom feil i systemet

Resultatindikator: xxxx
Prosessindikator 1: xxxx
Prosessindikator 2: xxxx

Gruppe 3

Elin Silje Ingrid Inger Lise Anne Lene

Resultatindikator: Andel medisindoser (antall LM gitt til riktig tid/ totalt antall LM-utdelinger) gitt på riktig tidspkt
Prosessindikator 1: xxxx
Prosessindikator 2: xxxx

Sjekkliste for indikator og måleplan

◀ Måleplan

Sjekkliste utvikling av **resultatindikator** – **alternativ 1**

Indikator Prosentandel pasienter som har fått medisin til rett tid siste døgn.	
Hvilken type indikator? (Prosessindikator, resultatindikator, balanserende indikator) Resultatindikator	
Hvorfor er det viktig? (Hva er formålet med indikatoren? Hva trenger vi den til?) Følge med på om vi når målet om at alle pasienter på avdeling A alltid får medisin til rett tid innen mai 2022.	
Hvem eier denne målingen? (Personen som er ansvarlig for at målingen utføres) Fagsykepleier på avdeling A, Vilalt Godt	
Indikatordefinisjon	Hva er definisjonen? (Forklar med ord hva indikatoren måler. Teller og nevner dersom det er en andel eller rate) Andel pasienter på avdeling A som har fått medisin til rett tid det siste døgnet, i %. Rett tid er definert som +/- 30 minutter fra klokkeslett angitt av lege.
	Hvilke data-elementer er nødvendige? Antall pasienter på avdeling A/døgn Antall pasienter som har fått medisin til rett tid/døgn
	Hvordan skal dataene beregnes? Teller: Antall pasientene på avdeling A som har fått medisin til rett tid siste døgn Nevner: Antall pasienter på avdeling A siste døgn Indikator oppgis i prosent, så brøken ganges med 100.
	Hvilke pasientgrupper er inkluderes? Er det nødvendig å stratifisere (dele i lag eller grupper)? (Eksempelvis, er det forskjell på vakt, tidspunkt, ukedag, alvorlighet etc.) Måler for alle pasienter på avdeling A gjennom døgnet, differensierer ikke på vakter. Måling gjøres hver dag.
Målsetting	Hvilket tallfestet mål har vi satt? 100% av pasientene får medisin til rett tid.
	Hvem var ansvarlig for å definere målet? Forbedringsteamet laget forslag, som ble godkjent av avdelingsleder Dette Gårbra.
	Når skal målet nås? (Dato, tid) Innen 31.5.22

Prosess for gjennomføring av målingen for **resultatindikator** – **alternativ 1:**

Prosentandel pasienter som har fått medisin til rett tid siste døgn.

Innsamling	Er data tilgjengelig? (Tilgjengelig nå/tilgjengelig med mindre endringer/fremtidig innsamling nødvendig) Nei, må samles inn fremover. Har noe data ut fra meldte avvik, men antar betydelig underrapportering.
	Hvem er ansvarlig for innsamling av data? Fagsykepleier på avdeling A, Vilalt Godt
Analyse	Hva er prosessen for innsamlingen? 1. Hvis medisin blir gitt til feil tid, skal det opprettes avvik i systemet kodet med "feil tid". Hente ut rapport på antall pasienter pr døgn med avviket "feil tid" fra systemet, fordelt på dato. 2. Uttrekk fra pasientsystem (Gerica) gir antall pasienter hvert døgn, fordelt på dato. Data 1 og 2 settes sammen på dato i excel. Teller (1) deles på nevner (2), x 100 = %andel som har fått medisin til rett tid. (Eller system gir automatisk uttrekk ☺) Mer manuelt alternativ: Innføre logging på tavle for alle skift. Liste over pasientene (anonymisert til feks romnr/sengnr). Hvert skift setter grønn magnet for rett tid, rød for avvikende tid. NN teller opp hver morgen og loggfører i excelark dato, antall helt grønne og totalt antall pasienter. Legge inn formel i excel som regner ut helt grønne/totalt antall x100 = %andel som har fått medisin til rett tid.
	Hvordan skal resultatene presenteres? (F.eks. seriediagram eller søylediagram i Excel) Run-diagram i excel.
Gjennomgang	Hvem er ansvarlig for analysen? Analyseansvarlig i forbedringsteamet, Like R. Statistikk
	Hvor ofte utføres analysen? Fortløpende målinger i hvert skift. Ukentlig analyse som gjennomgås i forbedringsmøtet (tavlemøte)
Gjennomgang	På hvilken arena skal beslutningene basert på resultatene tas? Forbedringsmøtet (tavlemøtet) på torsdager kl 14 er diskusjonsarena. Forbedringsteamet følger opp justeringer/forslag til endringer basert på målingene.
	Hvem er ansvarlig for at beslutninger om handling gjennomføres? Eier av forbedringsarbeidet, avdelingsleder Dette Gårbra.



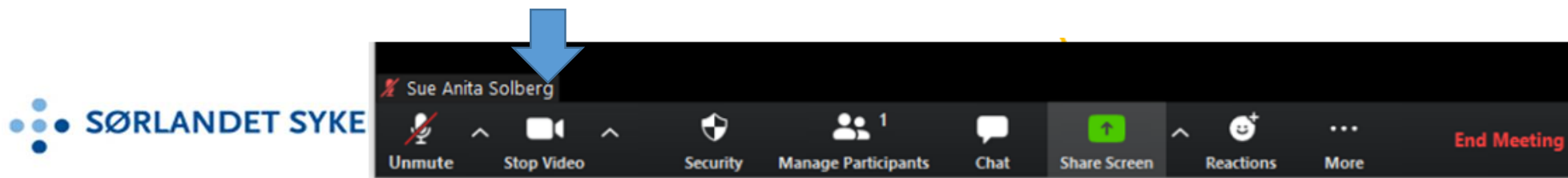
Grupper

- Hvor er vi i vårt forbedringsarbeid?
- Hva har vi brukt til nå av det vi har lært?
- Hva har vært utfordrende?
- Fokus på forstå problemet og indikatorer



Stock-bilde fra Powerpoint

- Bruk 3-4 minutter på hvert forbedringsprosjekt
 - Den med fornavn først i alfabetet har ansvar for tidtaking i gruppa
 - Den med fornavn sist i alfabetet noterer og presenterer litt i plenum etterpå, hvis deres gruppe blir bedt om det



A still life composition featuring a white ceramic cup, a brown leather-bound book, and a red velvet-bound book. The cup is in the foreground, slightly to the left. The books are stacked behind it, with the brown book on top and the red book below. The background is a solid, light purple color. A white horizontal bar is positioned across the middle of the image, containing the word "PAUSE" in black, uppercase letters.

PAUSE

Erfaringer fra en brukerrepresentant



- <https://vimeo.com/636073435/fb28750f1f>

Hva er brukermedvirkning?

Helsedirektoratet beskriver begrepet på følgende måte:

Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Samtidig har brukermedvirkning en egenverdi, terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.

Kilde:

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva>

Mange definisjoner av brukermedvirkning, med ulikt fokus

Brukermedvirkning er en realitet når brukeren/pårørende/brukerorganisasjoner får delta sammen med, og på lik linje med, fagkompetanse i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltakene. Gjennom respekt for hverandres ståsted kan de utfylle hverandre og sammen utvikle gode tjenester.

Brukermedvirkning er et puslete ord – dette handler jo om samhandling og samarbeid!

Brukere som deltok i kvalitetsprosjektet «...med pasientens øyne...»

Brukermedvirkning på tre nivå

KILDE:

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva>

- nivåene reguleres av ulike lovverk:

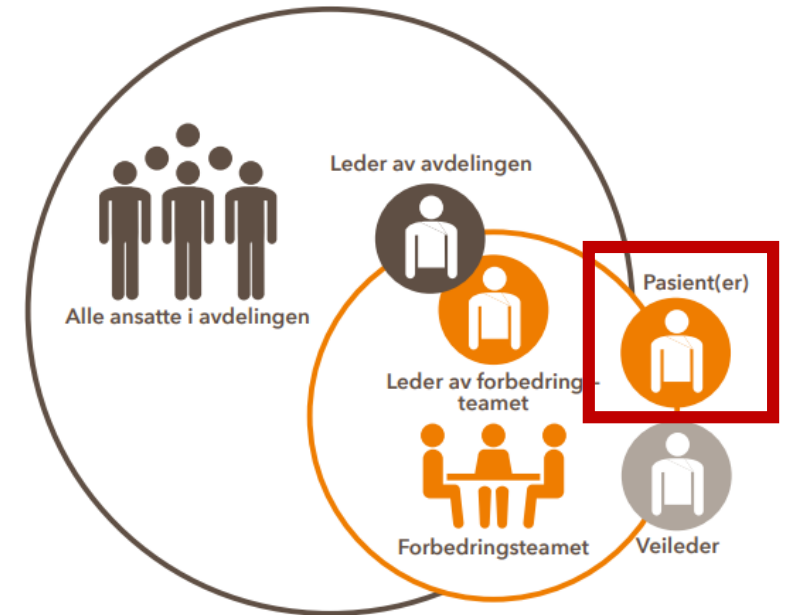
1. **Individnivå** reguleres av [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#), og gjelder uavhengig av om tjenestene tilbys i kommune- eller spesialisthelsetjenesten
2. **Tjeneste-/systemnivå** reguleres brukermedvirkning i [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
3. **System-/politisk nivå**
 - Spesialisthelsetjenesten [Lov om helseforetak](#) § 35
 - Kommunalt nivå [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) § 3-10

Hvordan involvere brukere?

Merethe A Land og Mari H Frøysnes

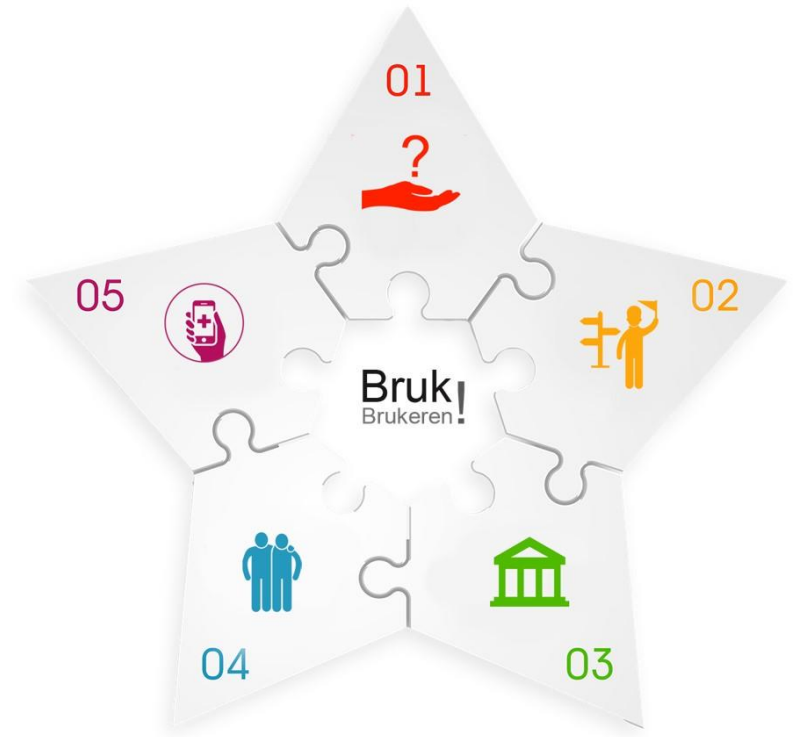
Ulike måter å inkludere brukerstemmen

- Ha bruker som likeverdig medlem i forbedringsteamet
- Involvere i deler av forbedringsarbeidet
- Undersøkelser
 - Eksisterende bruker-/pårørendeundersøkelser
 - Egne kvantitative undersøkelser
 - Fokusgrupper, gruppearbeid
 - Individuelle dybdeintervjuer
- Be om innspill
 - Synlig forbedringstavle i avdelingen
 - Forslagskasse for brukere/pårørende
 - Be om innspill til konkret tema eller generelle problembeskrivelser
- Informere



Hvordan velge ut/få med brukere/pasienter?

- Nåværende pasienter/brukere/pårørende
- Tidligere pasienter/brukere/pårørende
- Bruker-/pårørendeorganisasjoner
- Brukerutvalg
- SSHF: Likepersoner og erfaringskonsulenter. Bruk brukeren-prosjektet
- Kommune: Politiske utvalg



Gevinst for forbedringsarbeidet

- Få enkeltpasienter/brukeres historie/erfaring
- Få synspunkter fra pasient-/pårørende grupper med i hele prosessen
- Bedre svar i dybdeintervjuer og fokusgrupper
 - [Bruker spør bruker](#) – involvere brukeren i innsamling og analyse av data til kvalitetsforbedring i helse- og sosialsektoren
- Mer relevante spørsmål i egne undersøkelser
- Har dem det gjelder med i planlegging, analyse og justering av tiltak

Gevinster for brukerne av å delta

- Blir sett, hørt og behandlet med respekt
- Erfaringskompetanse verdsettes
- Tiltak (PDSA) blir ut fra brukernes/pasient/pårørendes behov
- Medinnflytelse og påvirkning på eget liv og behandling
- Føler seg ivaretatt og trygge
- Økt trivsel, glede og mestring

[Rapport fra kvalitetsprosjekt «... med pasientens øyne...», publisert på FHI \(2008\)](#)

[Brukermedvirkning for barn og unge. Erfaringer fra prosjekt «Min stemme teller», Tidsskrift for psykisk helsearbeid \(2016\)](#)

Forberedelse av brukerrepresentanten

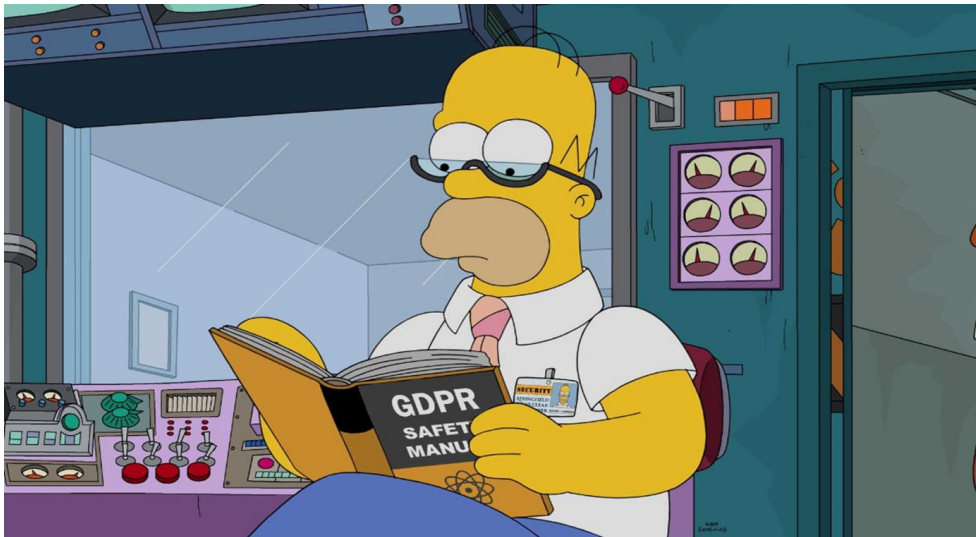
- Avklaringer
 - Rolleavklaring – hvem representerer du som bruker?
 - Tilgjengelig tid
 - Kompensasjon
 - Digital kompetanse
- Opplæring
 - Forbedringsmetodikk
 - Kommunikasjon
 - Andre ferdigheter underveis

Undersøkelser

- Eksisterende bruker-/pårørendeundersøkelser
 - Kommuner: [Forside | Bedrekommune](#)
 - Kommuner: [Pårørendeundersøkelsen - Pårørendesenteret \(parorendesenteret.no\)](#)
 - SSHF: PROM/PREM kommer snart
- Egne kvantitative undersøkelser
 - Validerte undersøkelser og spørsmål i [Spørreskjemabanken - FHI](#)
 - Kommuner: [Microsoft Forms spørreskjema](#)
 - SSHF: SurveyXact spørreskjema (tilgang administreres av Kompetanseenheten)
- Fokusgrupper og individuelle dybdeintervjuer
 - Brukerrepresentant og en fra forbedringsteamet som sekretær
 - Vurdere mulighet for video-opptak som kan vises for ansatte i avdeling

GDPR - General Data Protection Regulation

- Lov om hvordan personopplysninger skal behandles
- Makt over egne persondata



4 hovedprosesser som må være på plass

- Kartlegging av hvilke systemer som behandler personopplysninger
- Forstå hvilke arbeidsprosesser som blir påvirket av GDPR og hvordan personopplysningene flyter
- Sikre og dokumentere at vi har tilstrekkelige behandlingsgrunnlag
- Fungerende internkontrollsystem



DPIA - Data Protection Impact Assessment

- Behandler du dataene dine trygt nok?
- Når må du gjennomføre en konsekvensanalyse?
- Direktoratet for e-helse har et [vurderingsskjema](#) man kan bruke for å se om ytterligere DPIA-vurdering er nødvendig.
 - Hvis man svarer ja på ett eller flere spørsmål (utenom nr 1), må man fortsette til trinn 2.
- Kontakt personvernombud i din organisasjon ved behov

Nr.	Vurderingsspørsmål	Ja/Nei
1.	Er dette et nytt prosjekt eller prosess?	
2.	Vil prosjektet innebære innsamling av ny informasjon om enkeltpersoner?	
3.	Vil prosjektet be enkeltpersoner om å gi informasjon om seg selv?	
4.	Vil informasjon om enkeltpersoner bli delt med organisasjoner eller personer som ikke tidligere har hatt rutinemessig tilgang til informasjonen?	
5.	Skal du bruke informasjon om enkeltpersoner som er innsamlet for et formål, men der opplysningene for tiden ikke er eller ikke lenger er i bruk (ikke behandles utover lagring)?	
6.	Innebærer prosjektet at du bruker ny teknologi som kan oppfattes som inngripende for personvernet? For eksempel, bruk av biometri eller ansiktsgjenkjenning?	
7.	Vil prosjektet resultere i at du tar beslutninger eller gjennomfører tiltak mot enkeltpersoner på måter som kan ha en betydelig innvirkning på dem?	
8.	Basert på typen informasjon om enkeltpersoner, er det spesielt sannsynlig at bekymringen for eller forventninger til personvernet vil øke?	
9.	Vil prosjektet kreve at du kontakter personer på måter som de kan finne inngripende?	

Eksempel spørreskjema:

Spørreundersøkelse avdeling Guldregn

Dette er en spørreundersøkelse i forbindelse med forbedringsarbeid på Guldregn. Ansvarlige for undersøkelsen er Silje Kristiansen. Hun er under videreutdanning i Forbedringsagent utdanning. Dette gjøres i samarbeid med avdelingsleder Janne Anett Jørgensen. Bakgrunnen for undersøkelsen er å forbedre pårørende involvering, ved å sette i gang tiltak ut fra resultatet av spørreundersøkelsen. Innsamlet data blir behandlet på en forsvarlig og sikker måte.

Unngå å skrive inn sensitiv informasjon som kan spores tilbake til deg selv eller din nærmeste.

...

Hei, Merethe A. Når du sender inn dette skjemaet, vil eieren se navnet ditt og e-postadressen din.

* Obligatorisk

1. Vet du hvem som er pasientens primærkontakt? *

☐ Ja

☐ Nei

2. Hvilket alternativ tilfredsstiller ditt behov for kontakt med primærkontakten? *

☐ Aldri

☐ Sjeldent

☐ Noen ganger

☐ Ofte

BRUKERMEDVIRKNING

Får vi til **BRUKER MED VIRKNING**
på tjenestenivå og ved forbedringsarbeid i
VVHF?

Åse Stavland Lexberg, forbedringsrådgiver Team kontinuerlig forbedring, Kvalitetsavdelingen VVHF
Revmatolog med klinisk erfaring og ledererfaring. Forbedringskunnskap og praktisk erfaring fra forbedringsarbeider

Program for kontinuerlig forbedring 2019-2022

Hatt opplæring av ca 600 ansatte i forbedringskunnskap, over 100 pågående forbedringsarbeider

Programmets hovedmål

- Kontinuerlig forbedring er en del av vår kultur og arbeidsform innen 2022
- Vestre Viken skal bli et ledende helseforetak innen pasient-sikkerhet og kvalitetsforbedring

Hva må vi gjøre?

- Benytte kompetansen til personer som er nærmest problemet - **ansatte og pasienter** – for å identifisere gode forbedrings-ideer og teste dem i praksis
- Benytter Forbedringsmodellen som metode for systematisk forbedringsarbeid



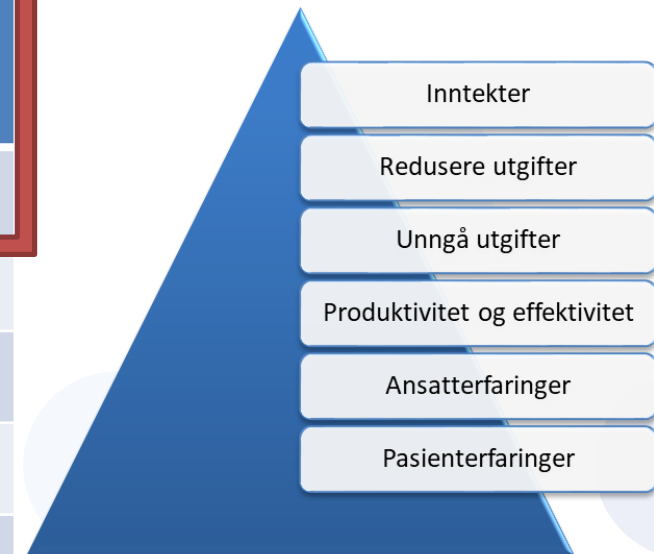
Kvalitet og pasientsikkerhet som business strategi

- Gir det bedre pasientbehandling?
- Gir det bedre kvalitet?
- Gir det bedre arbeidsmiljø?
- Du bør kunne svare JA på minst ett av disse spørsmålene for å sette i gang

Gevinster ved forbedringsarbeid

Alle forbedringsarbeider bør sette opp forventet innvirkning på de 6 dimensjonene og ha en plan for hvordan en kan måle og følge med på dette:

	Hvordan kan forbedringsarbeidet ha innvirkning på:	Hvordan måle innvirkningen av forbedringsarbeidet:
Pasientutkomme/brukererfaring		
Ansatte ertaringer/arbeidstlyt		
Produktivitet og effektivitet		
Kostnadsunngåelse		
Kostnadsreduksjon		
Inntekt		

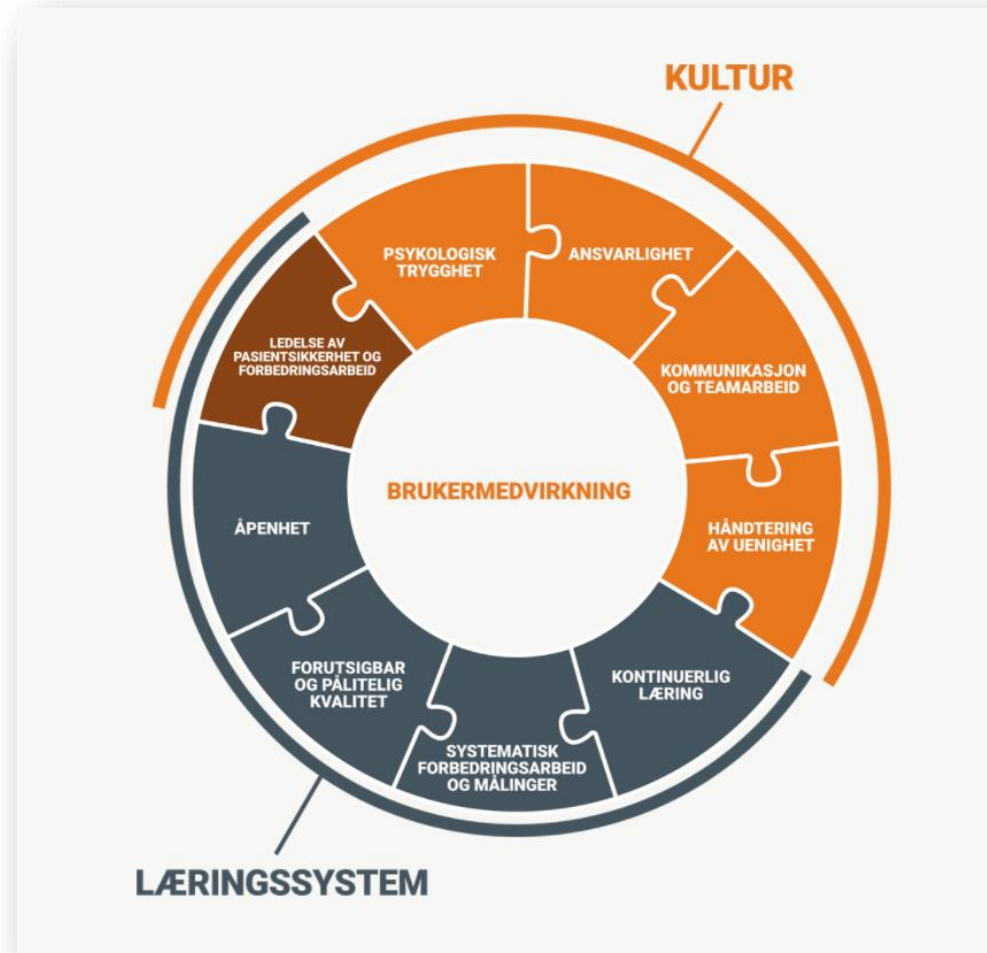


Tre suksessfaktorer for systematisk forbedringsarbeid i helsetjenesten

Informasjon	• Kontinuerlig og pålitelig info om beste praksis (kunnskapsbasert) • Kontinuerlig og pålitelig info om nåværende praksis (målinger) • Sammenligne egne prestasjoner med tilsvarende enheter (benchmarking)
Involvering	• Forankre og involvere ledere på alle nivå • Engasjere pasienter og pårørende i forbedringsarbeid • Forankre forbedringsarbeid i aktuelle fagmiljø • Involvere alle ansatte som er berørt av endringene
Infrastruktur	• System basert på forbedringskunnskap • Tverrfaglige forbedringsteam • Utvikle læringssystemer tilpasset ulike profesjonskulturer • Tilgang til veiledning i forbedringsarbeid • Skape et oppfølgingssystem som sikrer bærekraftige endringer

Snakk om forbedring!

Verktøy for skåring av «organisasjonens modenhet» innen pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid



Snakk om forbedring!

1 Brukermedvirkning

Pasienter, brukere og pårørendes erfaringer må innhentes systematisk og brukes når tjenesten skal forbedres.

- Deltar pasienter, brukere og pårørende i utviklingen av tjenestene og i forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid?
- Involveres de i diskusjoner og valg av egen behandling og omsorg?
- Føler de seg hørt og behandlet med respekt?

Tema

Nettopp startet (1 p.)

Godt i gang (2 p.)

Kommet langt (3 p.)

Eksemplarisk (4 p.)

1.1 Deltakelse i råd og utvalg (systemnivå)

Forrige score

3

Score

Brukere sitter i noen råd og utvalg. Brukere involveres i liten grad i utviklingen av tjenesten.

Brukere sitter i relevante råd og utvalg. Brukere bidrar i enkelte prosesser.

Brukere sitter i relevante råd og utvalg. Rådene har jevnlig møter og innspillene formidles videre.

Brukere sitter i alle relevante råd og utvalg. Brukere har reell påvirkningskraft og tjenesten etterspør deres synspunkter.

Snakk om forbedring!

Tema	Nettopp startet (1 p.)	Godt i gang (2 p.)	Kommet langt (3 p.)	Eksempplarisk (4 p.)
1.4 Medvirkning i egen behandling og omsorg (individnivå)  Forrige score  Score 	Det er ikke systematisk informasjon om ulike behandlingsalternativer. Pasienter, brukere og pårørende inviteres sjelden med på beslutningen.	Pasienter, brukere og pårørende informeres av og til om ulike behandlingsalternativ. Pasienter, brukere og pårørende inviteres sjelden med på beslutningen.	Pasienter, brukere og pårørende informeres om ulike behandlingsalternativer. Pasienter, brukere og pårørende inviteres av og til med på beslutningen.	Pasienter, brukere og pårørende informeres alltid om ulike behandlingsalternativer. Pasienter, brukere og pårørende inviteres alltid med på beslutningen.

Snakk om forbedring!

Tema	Nettopp startet (1 p.)	Godt i gang (2 p.)	Kommet langt (3 p.)	Eksemplarisk (4 p.)
1.2 Brukerundersøkelser (tjenestenivå) Forrige score 2 Score	Det er planer om å innhente synspunkter fra pasienter, brukere og pårørende.	Brukerundersøkelser gjennomføres en gang iblant, men ikke systematisk. Av og til reflekterer leder og medarbeider over resultatene. Enkelte ganger fører det til forbedring.	Brukerundersøkelser gjennomføres systematisk. Resultatene brukes aktivt i forbedringsarbeid.	Brukerundersøkelser gjennomføres systematisk på alle områder. Brukere og pårørende har deltatt i utforming av spørsmålene. Resultatene blir alltid brukt til refleksjon og fører ofte til forbedringer.
1.3 Medvirkning i forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid (tjenestenivå) Forrige score 2 Score	Pasienter, brukere og pårørende er sjelden representert i forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid.	Pasienter, brukere og pårørende deltar av og til i forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid.	Det er rutiner for hvordan pasienter, brukere og pårørende skal delta i forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid, og de er likeverdige partnere.	Pasienter, brukere og pårørende • deltar i valg av forbedringsområder • er med i forbedringsteamet på lik linje med helsepersonell • får opplæring og honorar for arbeidet



VESTRE VIKEN

Retningslinje: Brukermedvirkning i VVHF

Utkast i 2017...

Retningslinje VV Brukermedvirkning i Vestre Viken				
Dokument-ID: 93571	Status: Under arbeid	Dokumentansvarlig: Solveig Ragnhild Tørstad	Godkjent av:	Godkjent fra:
Version: 0	Utarbeidet av: Berit Marie Flanæs, Vigdis Rache Semb...			

Målgruppe

Alle ansatte

Hensikt

Hensikten med dokumentet er å:

- sikre reell brukermedvirkning i Vestre Viken på alle nivå
- bidra til at brukermedvirkning er en del av foretakets kultur, holdninger, organisering og ledelse
- sikre lik praksis og god struktur i arbeidet med brukermedvirkning i hele foretaket
- støtte klinikerne i hvordan involvere pasienter på ulike områder

Beskrivelse

Brukermedvirkning betyr at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasientene. Pasienter har en lovfestet rett til å medvirke ved bruk av helse- og omsorgstjenester, og helsestjenesten har en lovmessig plikt til å involvere pasienter i undersøkelse, behandling og valg av tjenestetilbud.

Det overordnede målet med brukermedvirkning er at pasienter og pårørende skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene på individ-, tjeneste- og systemnivå, og dermed bidra til å bedre utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud i helsestjenesten. (Se beskrivelse av de ulike nivåene under metodekapitlet).

Brukerkompetanse skal være likeverdig med fagpersoners kunnskap, og skal tas i bruk både på ledernivå og i det kliniske arbeidet. Pasienters og pårørendes roller avhenger av hvilket nivå de skal medvirke på.

Organisering

Brukermedvirkning som en del av foretakets hverdag

Brukermedvirkning skal være tydelig og gjennomgående i de ansattes holdninger og kultur. Forutsetningene for å oppnå dette er at reell brukermedvirkning er en del av foretakets, og dermed klinikkens, verdier og at de ansatte gis kunnskap på området.

Ved tjenesteutvikling skal brukerstemmen tydeliggjøre både i planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av utviklingsarbeid.

Metode

Brukermedvirkning inndeles i tre nivå; system-, tjeneste- og individnivå:

Se [definisjoner](#) av nivåene nedenfor.

1. Systemnivå

Brukermedvirkning på dette nivået er overordnet. Den skal sikre at helseforetakets tjenester og tilbud har høy kvalitet og gir gode pasientforløp på tvers av tjenester og forvaltningsnivå. Brukermedvirkningen utøves via [Brukerutvalget i Vestre Viken](#) og [Ungdomsrådet](#), tråd med deres respektive mandat [mandat \(BUU\)](#) [mandat Ungdomsrådet](#). Deres arbeid tar utgangspunkt i [nasjonal retningslinje for brukermedvirkning på systemnivå](#) og HelseSørØsts "13 prinsipper i brukermedvirkning" på systemnivå.

Forskningsavdelingen i Vestre Viken har fokus på brukermedvirkning i forskning på ulike nivåer, både overordnet strategisk og direkte inn i forskningsprosjekter. Blant annet er brukerrepresentant medlem i forskningsutvalget og brukermedvirkning må beskrives i forskningssøknader. Se forøvrig Strategi for forskning og innovasjon (2014-2017)

For å sikre at brukermedvirkning er tydelig og gjennomgående i de ansattes arbeid er brukermedvirkning

Foretaksomfattende (nivå 1 - felles Vestre Viken/ØS). Pasienter og pårørende/Brukermedvirkning			
Dokument-id: 93571, Versjon: 0	Utskriftsdato: 13.12.2021	Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.	Side 1 av 4

tema i lederopplæring og lederutvikling. [INNSPILL fra HR og OU](#)

2. Tjenestenivå

Brukermedvirkning er en del av all tjenesteutvikling i foretaket; både i planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av forbedringsarbeidet.

Metode for brukermedvirkning og rekruttering av brukerrepresentanter avhenger av tema og hva som er hensiktsmessig for forbedringsarbeidet. Godtgjørelse av brukermedvirkning skal avtales før brukerrepresentantene deltar i arbeidet. [system for slik godtgjørelse er under utarbeiding i Vestre Viken](#)

Brukerrepresentanter som deltar i tjenesteutviklingsarbeidet skal ha relevant erfaring med tanke på diagnose og behandling. De deltar med egne erfaringer, men skal representere på vegne av pasientgruppen generelt. Brukerrepresentanter deltar aktivt i arbeidsgruppen.

For å sikre en aktiv og reell brukermedvirkning i møtene må møteleder/prosjektleder sikre at alle møtedeltakere behandles likeverdig og får formidlet det de ønsker. Bevissthet rundt språkbruk, gjensidig ansvar og engasjement i møtet er sentralt.

Metode

Det er ulike metoder for brukermedvirkning på tjenestenivå. Hvilken metode som anvendes, avhenger av hva som er hensiktsmessig for arbeidet og vil gi ulike muligheter til å generalisere den kunnskapen som kommer frem gjennom brukermedvirkningen.

Ulike metoder for brukermedvirkning på tjenestenivå kan være:

- Brukerrepresentant som deltaker i forbedringsteam. Forbedringsteam skal være tverrfaglig sammensatt og brukerrepresentanten skal være vår likestilt med de andre i teamet og delta gjennom hele arbeidet
- [Fokusgruppeintervju](#) kan anvendes ved behov for bredere involvering med erfaringer fra flere brukerrepresentanter, f.eks ved beskrivelse av pasientforløp
- Planlagt og systematisk samtale med pasienter og/eller pårørende er en enkel metode for å få frem enkeltpasienters opplevelse og erfaringer her og nå. Spørsmålene til samtalen skal være utarbeidet på forhånd og stilles likt til alle man har samtale med. Metoden kan f.eks anvendes når en seksjon har en utfordring og de ønsker å kartlegge hva som bør forbedres
- Enkel innhentning av pasienters erfaringer er en metode hvor man i en kortere eller lengre periode ber pasientene nevne to ting som har vært bra, to ting som kunne vært bedre og to ting som burde vært annerledes hvis de mottok tjenester/ble innlagt igjen
- Spørreundersøkelser som organiseres for seksjon, avdeling, klinikk eller nasjonalt vil bidra til å gi kunnskap fra mange brukere om de samme områdene. Kvalitetsavdelingen kan være behjelpelig med å utarbeide, gjennomføre og følge opp spørreundersøkelser

Rekruttering av brukerrepresentant

For å oppnå reell brukermedvirkning er det av betydning å få med seg brukere med rett erfaring og kunnskap avhengig av hvilket fagområde det arbeides med.

Hvor mange brukerrepresentanter som tas med i arbeidet avhenger av hva forbedringsarbeidet omfatter og omfanget.

Brukerrepresentanter kan rekrutteres på ulike måter og vil være avhengig av hvilke metode for brukermedvirkning som anvendes (se over).

- Henvendelse til Brukerutvalget
- Invitasjon til aktuelle pasienter med relevant erfaring og kunnskap, og/eller deres pårørende (f.eks til fokusgruppeintervju)
- Pasienter/pårørende fra brukerråd-panel og/eller brukerbank. Dette kan etableres på avdelings- eller seksjonsnivå for å gjøre rekruttering av aktuelle brukerrepresentanter enklere (f.eks ved enkel innhentning av pasienters erfaringer)
- Henvendelse direkte til aktuell brukerorganisasjon
- De lokale pasient- og brukerombudskontorene kan ha oversikt over pasienter som ønsker å dele sine erfaringer fra helsestjenesten. Se pasient- og brukerombud [Oslo](#) og [Åkershus](#) og [Buskerud](#)

Foretaksomfattende (nivå 1 - felles Vestre Viken/ØS). Pasienter og pårørende/Brukermedvirkning			
Dokument-id: 93571, Versjon: 0	Utskriftsdato: 13.12.2021	Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.	Side 2 av 4

ukerrepresentanter som deltar i arbeidet får utlevert informasjonsbrosjyre for brukere og pårørende, som beskriver retningslinjer til brukermedvirkning og hvordan dele erfaringer og kunnskap som representant for en pasient-/brukergruppe. [Les og lenkes til inn her](#)

Godtgjørelse av brukerrepresentasjon

ukerrepresentantene skal ikke ha utgifter på deltakelse og refusjon av utgifter må avtales på forhånd.

Godtgjørelse av brukerrepresentasjonen må også avtales før oppstart av arbeidet. System for honorering er under arbeid.

Individnivå

Pasienter har rett til å påvirke forhold som gjelder egne behov, og tjenesten har plikt til å involvere pasienter i undersøkelser, i behandling og ved valg av tjenestetilbud. Helsepersonell skal samarbeide med pasient/bruker som everdig part i all behandling og oppfølging.

- Pasienten bør oppfordres til å spørre for å få svar på sine spørsmål og dermed tilfredsstillende informasjon. [Brosjyren Bare spør](#) gir orientering om dette og kan deles ut/ligge tilgjengelig for pasientene
- [Samvalg](#) er sentralt ved brukermedvirkning på individnivå. Det er en prosess hvor pasient og helsepersonell sammen kommer frem til og tar beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder. Helsepersonell skal støtte pasienten til å vurdere alternativene, ut fra beste tilgjengelige kunnskap om fordeler og ulemper, og til å utforske egne verdier og preferanser. Til dette er det egne [samvalgsverktøy](#) tilgjengelig. Pasienten selv avgjør i hvilken grad de ønsker å ta del i valgene.
- Informasjon om diagnoser og behandling på [www.vestre Viken.no](#) gir både helsepersonell, pasienter og pårørende et bedre grunnlag for samarbeid, brukermedvirkning og samvalg. Tilbakemeldinger herfra må anvendes i forbedringsarbeid
- "Fire gode venner" er en metodikk som kan bidra til bedre dialog med pasientene, og dermed lettere involvere og samarbeide med pasientene
- Pasienter og pårørende skal informeres om og oppfordres til å gi tilbakemeldinger via "ris og ros" og spørreundersøkelsene på [www.vestre Viken.no](#)
- Pasienter og pårørendes erfaringer og meninger kan innhentes via spørreundersøkelser, enten den generelle [brukerundersøkelsen i Vestre Viken](#) eller ved en tilpasset spørreundersøkelse for aktuell avdeling/seksjon og/eller pasientgruppe
- Brukerutvalget i Vestre Viken har laget en [huskeliste for helsepersonell](#) som kan bidra til å sikre brukermedvirkning på individnivå (også kalt "Hustavle")
- Brukermedvirkning er tema i lederopplæring

efinisjoner

rukermedvirkning:

rukermedvirkning dreier seg om å fange opp og lære av pasienter og pårørendes erfaringer for å lage de beste tjenestene. Det er pasientene som er eksperter på eget liv, og som vet hvor skoen trykker. Skal tjenestene bli bedre, må pasientene også involveres og forventninger avklares. Brukermedvirkning dreier seg også om helsepersonels holdninger og nnskap i samhandling med pasienter og pårørende samt foretakets kultur, organisering og ledelse.

rukermedvirkning på individnivå handler om den enkeltes rettigheter og muligheter til å ha innflytelse på sitt individuelle støtte- eller behandlingstilbud. Det betyr at den enkelte skal påvirke forhold som gjelder seg selv og egne hov.

rukermedvirkning på tjenestenivå innebærer at brukerrepresentanter inngår i et likestilt samarbeid med fagpersoner fra helsestøtapparatet. De er aktivt deltakende ved utveksling av kunnskap og erfaringer for å endre behandlingstilbud og metoder.

rukermedvirkning på systemnivå er en arbeidsform hvor brukergrupper og brukerorganisasjoner involveres i planlegging, tiltak og tjenester som har allmenn betydning og deltar i råd eller utvalg på styringsnivå.

eferanser

[Pasient- og brukerrettighetsloven](#)(LOV-1999-07-02-61) § 3-1

Foretaksomfattende (nivå 1 - felles Vestre Viken/ØS). Pasienter og pårørende/Brukermedvirkning			
Dokument-id: 93571, Versjon: 0	Utskriftsdato: 13.12.2021	Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.	Side 3 av 4

[Helse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) (FOR-2016-10-28-1250)

rukermedvirkning fra pasienter, brukere og pårørende (§7e)

[Rift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

[11 \(2015-2016\): Nasjonal helse- og sykehusplan \(2016-2019\)](#)

[Helsestøtloven](#) (LOV-1999-07-02-61)

[Kap 35 \(LOV-2001-06-15-93\)](#)

[og på systemnivå - nasjonal retningslinje](#)

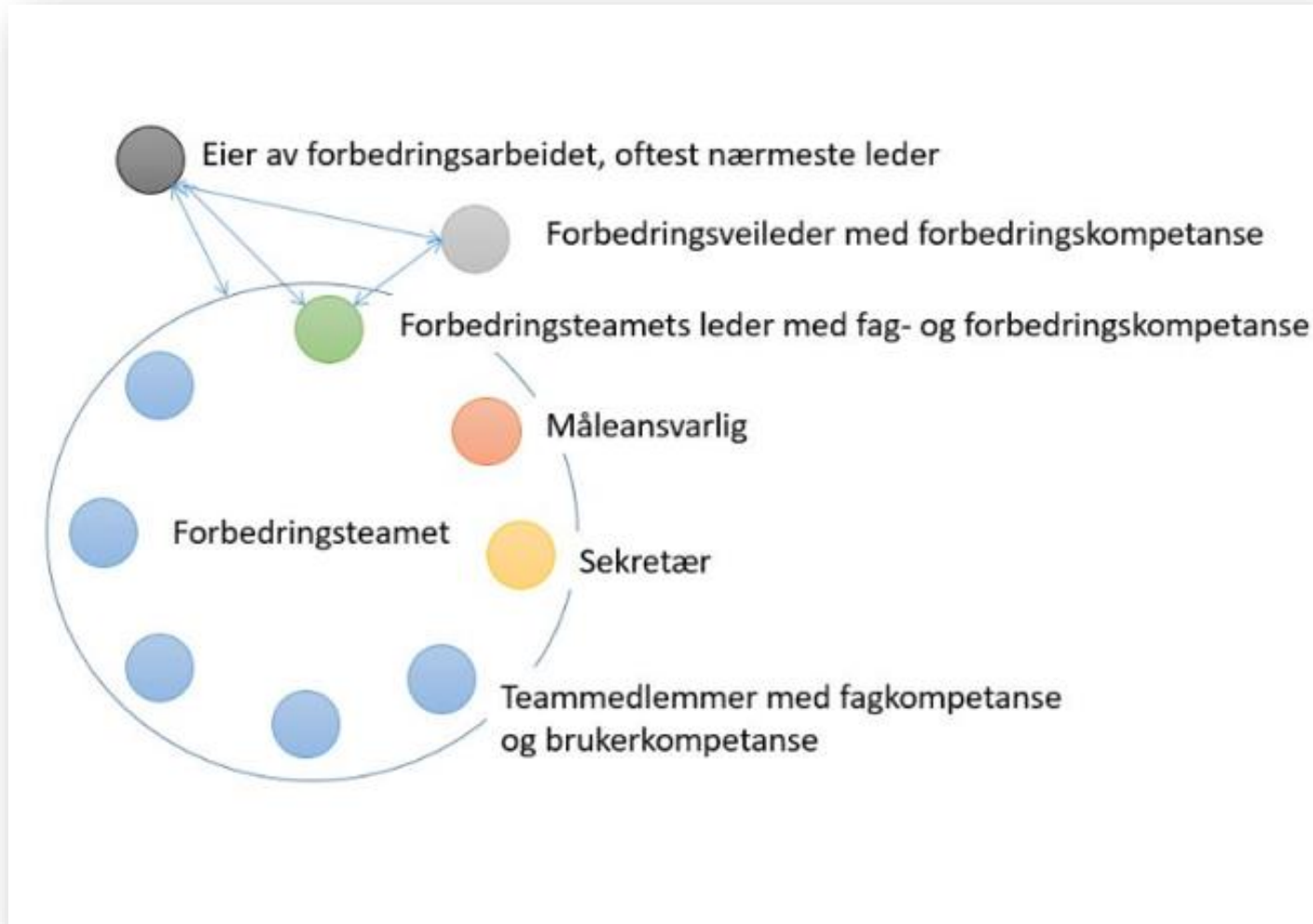
Brukermedvirkning

[Hvor for brukermedvirkning systemnivå Brukerutvalget.pdf](#)
[Utskrift på systemnivå - retningslinje alle RHF-jen 2017.pdf](#)
[Utskrift huskeliste for helsepersonell \(Hustavle\) - versj 0720113.pdf](#)
[Samlark for effektiv medisinsk kommunikasjon - samlark_rev.pdf](#)

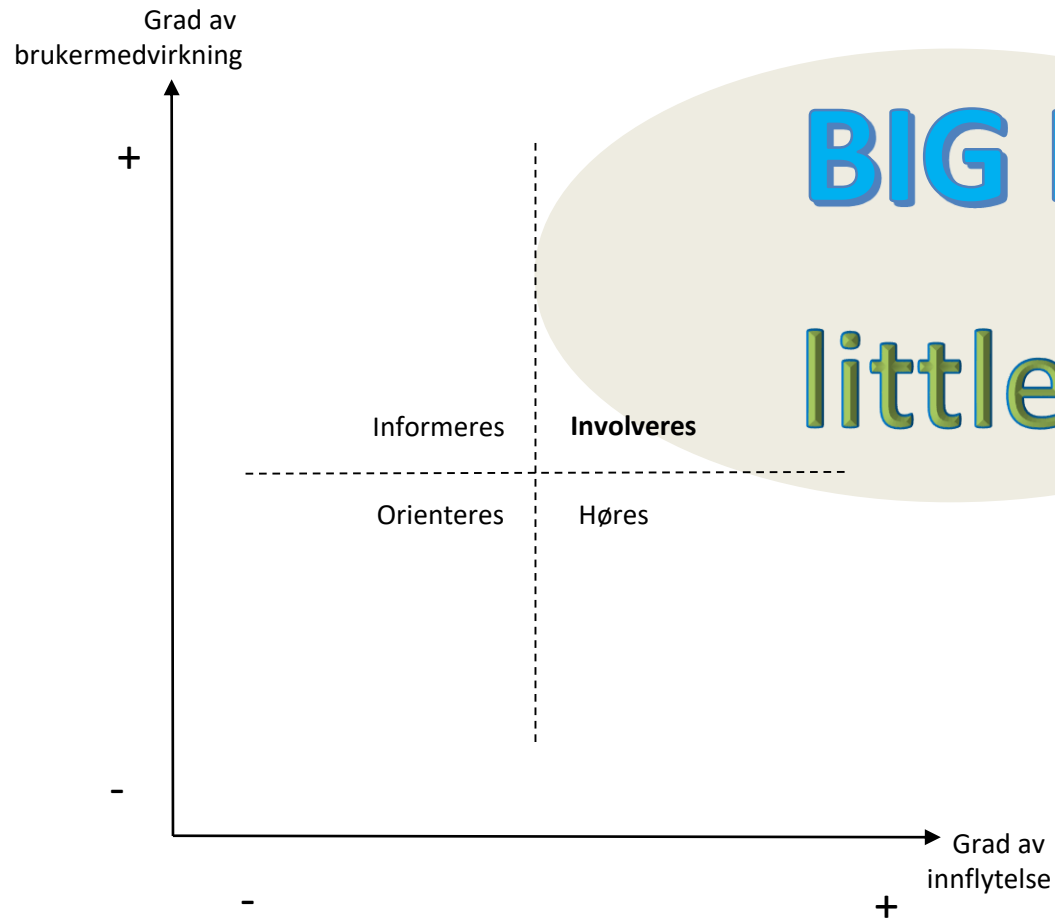
2023 - felles vestre vikens pasienter og pårørendesrukermedvirkning			
Version: 0	Utskriftsdato: 13.12.2021	Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.	Side 4 av 4

«Gullstandard» i forbedringsarbeid

– bruker som fullverdig medlem av forbedringsteam



Grad av brukerinvolvering i forbedringsarbeid



BIG I

involvering **I** hele forbedringsperioden

Eksempel:

Som medlem av forbedringsteam

little i

involvering **i** **perioder** av forbedringsarbeidet

Eksempel:

Fokusgruppeintervju (CIT-metoden)

Enkel innhenting av pasienters erfaringer

Spør pasient/bruker du er i kontakt med

«Pasientskygging» - følg en pasient/pasientforløp

Brukerundersøkelser

Hva er viktig for deg?

Forbedringstavler synlig for pasientene

Spørreundersøkelser

Hva har vi på plass?

little i ...ikke så verst...

Får til dette i en eller annen form i de fleste forbedringsarbeider

Kunnskap og strukturer

– hva er på plass på tjenestenivå

- Kunnskap om metoder for brukerinvolvering i forbedringsarbeider
- Opplæring om brukerinvolvering i alle opplæringsprogrammer om forbedringskunnskap og Forbedringsmodellen, inklusiv innlegg fra brukerrepresentant
- Retningslinje: Roller og ansvar i forbedringsarbeider
- Brukerrepresentant i arbeidsgruppe for «Program for kontinuerlig forbedring i VV»
- Nettbasert forbedringsplattform Life QI med mulighet for registrering av brukermedvirkning i alle forbedringsarbeider
- «Snakk og forbedring» på alle seksjoner og ledergrupper hver 6. mnd hvor skår for brukermedvirkning inngår
- Opprettet Team brukermedvirkning i sentral stab VV – jobbe med å operasjonalisere brukermedvirkning på alle nivåer i VV sammen med Brukerrådet. Samarbeid med Team kontinuerlig forbedring
- Kompetanse på å lage spørreundersøkelser (elektronisk) til pasienter
- Brukerundersøkelser (jobber med SMS løsning for økt deltakelse)



Bestått

VV Forbedringskunnskap og Forbedringsmodellen. Modul 3 Fase 1-3 i forbedringsarbeidet

FASE 2: SETT SAMMEN TEAMET



FORRIGE NESTE

Se film om brukerinvolvering

 Brukermedvirkning i Vestre Viken

 Se senere

 Del





Forbedringsteam eller
prosjektgrupper



Fokusgruppeintervjuer

Se den på  YouTube

Hva ønsker vi å få på plass?

BIG I ...vi jobber med saken...

Per i dag dessverre sjelden brukermedvirkning på dette nivået i forbedringsarbeider

Brukermedvirkning i forbedring av tjenestene

Eksempler på råd for team som skal ha brukere med i forbedringsarbeidet

1. Oppstart forbedringsarbeid

- Ledelsesforankret
- Velg egnet bruker
- Helst to brukere
- Avklar forventninger
- Opplæring i metodikk
- Forventninger til bruker og team
- Avklar honorering
- Håndter taushetsplikt

2. Team-prosessen

- Felles møteplan
- Avklare roller og kompetanse
- Unngå bruk av forkortelser
- Likeverdighet i møtene
- Respekt for alles kompetanse
- Saksliste før møtene
- Referat fra møtene

3. Systematisk forbedring avtjenesten

- Sikre god dialog
- Lytt til brukernes erfaringer/kompetanse
- Test ut tiltak med brukerne
- Diskutere målinger
- Involver andre pasienter
- Brukere i undervisning

4. Etter at forbedringsprosjektet er implementert

- Feire resultater sammen
- Nye målinger etter 6 md
- Brukere inviteres til evalueringssamling etter nye målinger
- Bli med å vurdere nye forbedringsområder
- Gi rom for nye forbedringsideer fra bruker

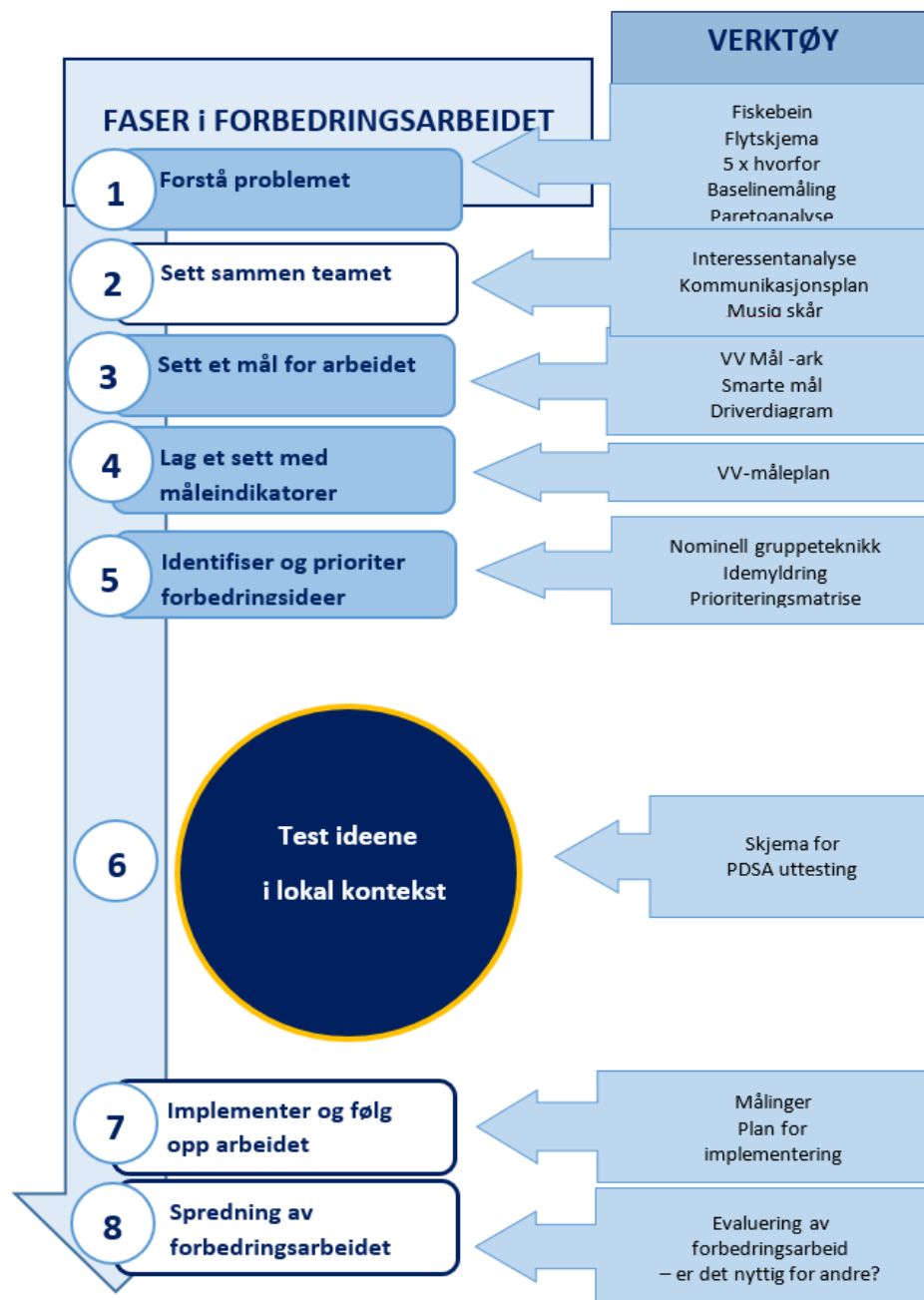
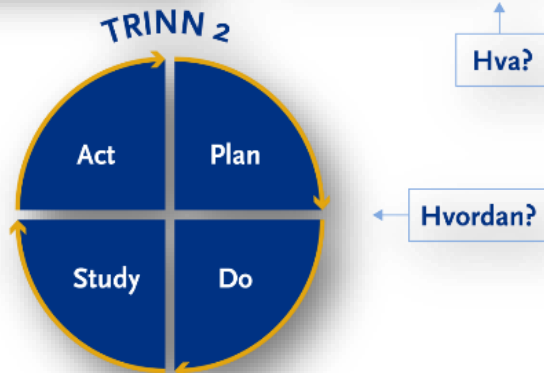
0-spørsmål:
Er det et problem vi forstår og vil gjøre noe med?

Forbedringsmodellen - 2 trinn (IHI)



Planlegg-utfør-evaluer-handle (PDSA-syklus)

Uttesting av tiltak i liten skala i lokale forhold



Forbedringsarbeid vha Forbedringsmodellen: VV- Bruker Med Virkning i forbedringsarbeider



Forstå
problemet



Sett sammen
teamet



Sett et mål
for arbeidet



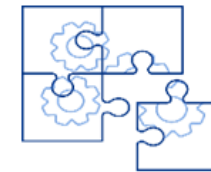
Lag et sett
indikatorer



Identifiser og
prioriter
ideer



Test ideene i
lokal kontekst



Implementer
og følg opp



Spredning av
forbedringen

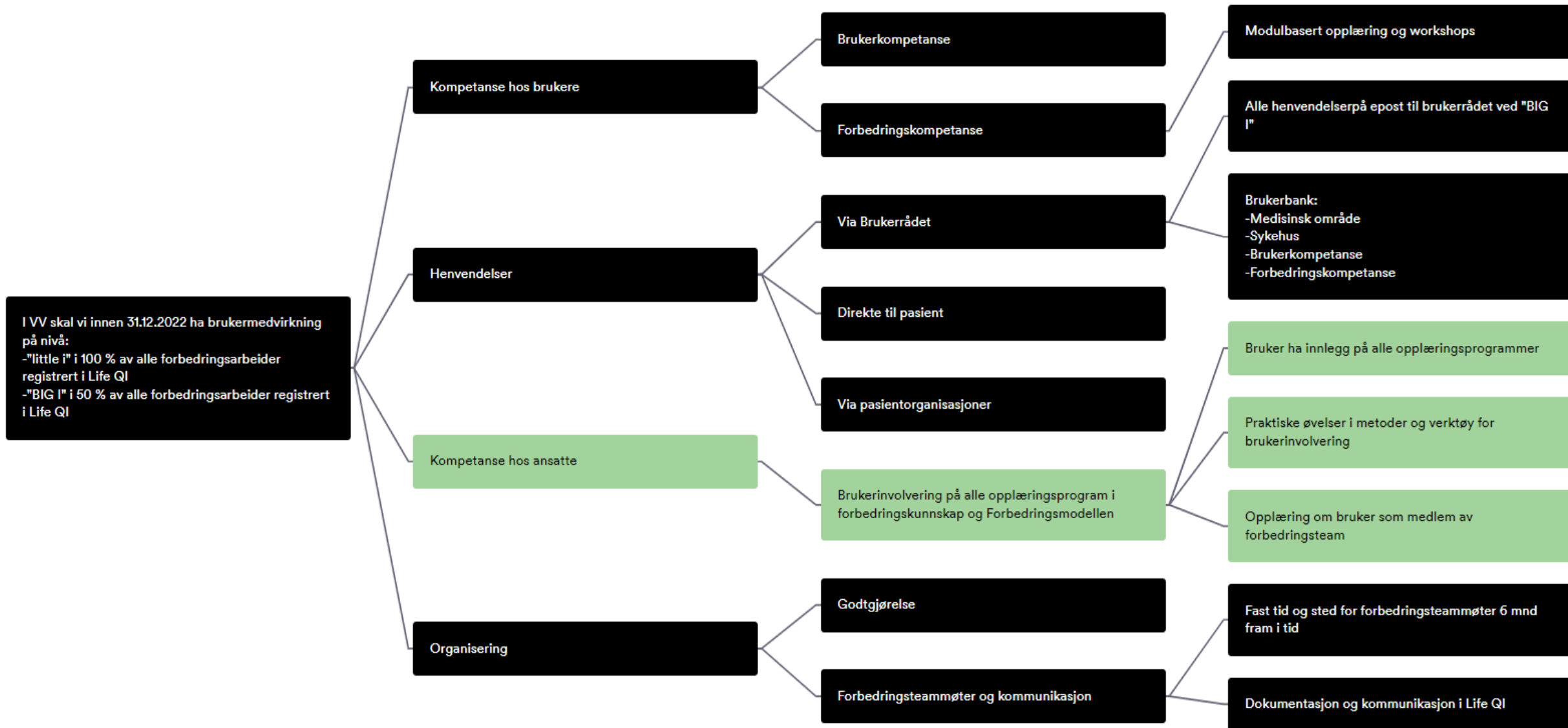
VV-Brukerrådet: BRUKER MED VIRKNING i VVHF

AIM

PRIMARY DRIVERS

SECONDARY DRIVERS

CHANGE IDEAS



...BRUKER MED VIRKNING...



A still life composition featuring a white ceramic cup with a handle, positioned in the foreground. Behind the cup are two books: one with a brown leather cover and another with a dark red velvet cover. The background is a solid, light purple color. A white horizontal bar is overlaid across the middle of the image, containing the word "PAUSE" in black capital letters.

PAUSE

Gruppearbeid: Brukerstemmen i forbedringsarbeidet?

- Dele erfaringer i grupper: hvordan involvere bruker i ditt forbedringsarbeid
- Forestill deg at du er pasient/bruker/pårørende av tjenesten du ønsker å forbedre.
- Hvordan kan det være lurt å involvere deg/pårørende for at du opplever reell brukermedvirkning?



Stock-bilde fra Powerpoint

I pasientens sko

«Skygging» - Hvordan ser det ut fra pasientens ståsted?

- Hva?

- Følge en eller flere pasienter gjennom hele eller deler av deres forløp
- Forsøk å se fra pasient og/eller pårørendes side
- Observere (ikke intervju)
- Skrive notater underveis
- Reflektere etterpå – hva kan forbedres?

- Hvorfor?

- Økt innsikt i kvalitetsutfordringer sett fra pasientens perspektiv
- Inspirasjon til å se muligheter for forbedringsarbeid

- Når?

- Før neste fysiske samling 16. februar





PASIENTEN I FOKUS

SKYGGE PASIENT

Vil du ha den enkleste metoden for å kartlegge hvordan pasienten møtes eller behandles hos deg og dine samarbeidspartnere? Da blir du med – eller skygger – en eller flere pasienter gjennom hele deres forløp. Du vil bli overrasket over hva du får erfare!

Når:

Når du måtte ønske

Foreslått tid:

30 – 90 minutter

Du trenger:

Notatblokk

Deltakere:

Medarbeider eller leder

1



PLANLEGG

Finn ut hvilket forløp du ønsker å følge og gjør en avtale med seksjonen/e som er ansvarlig for mottak av og behandling av pasient.

2

INFORMER

Presenter deg for pasienten, informer om at du ønsker å se hvordan han eller hun mottas og behandles i sykehuset og spør om det er greit at du er med og observerer det som skjer.

3

OBSERVER

Følg nøye med, noter ned observasjoner. Ta ev. bilder og spill inn video – men husk etikken knyttet til å ta og bruke bilder!

4

DEL

Gå gjennom observasjonene sammen med kolleger. Diskuter funnene og finn ut hva dere vil gjøre for å følge opp.



Evaluering - skriv svaret ditt i chat

- Hva var bra?
- Hva bør vi gjøre annerledes til neste samling?

Litt hjelp til hukommelsen - i dag har vi vært gjennom blant annet

- Eksempel brukerinvolvering v/Katrine
- Repetisjon indikatorer v/Mari
- Erfaringsdeling om forbedringsarbeid i grupper
- Hvordan få inn brukerstemmen v/Ellida, Merethe og Mari
- BrukerMedVirkning i Vestre Viken v/Åse og David
- Gruppearbeid om brukerstemmen

Never Give Up!

-
- Stå på, og ikke mist motet om det blir litt endringer fra opprinnelig plan.
 - Bruk hverandre, og bruk veilederne!
 - Tenk på hvordan endring kan benyttes til læring.



Avslutning

Får tilsendt:

- Lenke til opptak fra i dag
- Tips til mer fagstoff om målinger (artikler/video)
- Presentasjoner legges på nettside

Neste samling er 12. januar fra 13.30-15.00

- Oppgave: Fyll ut sjekkliste for indikator og måleplan

Bruk muligheten for veiledning!



GAVEKORT

Lunsj for forbedringsteamet



(inntil 1000 kr)

til beste score før neste fysiske samling

16. februar 2022



God Jul!