

Velkommen!

Regional forbedringsagentutdanning på Agder
Digital halvdagssamling 3. november 2022



**Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester**

AGDER

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:

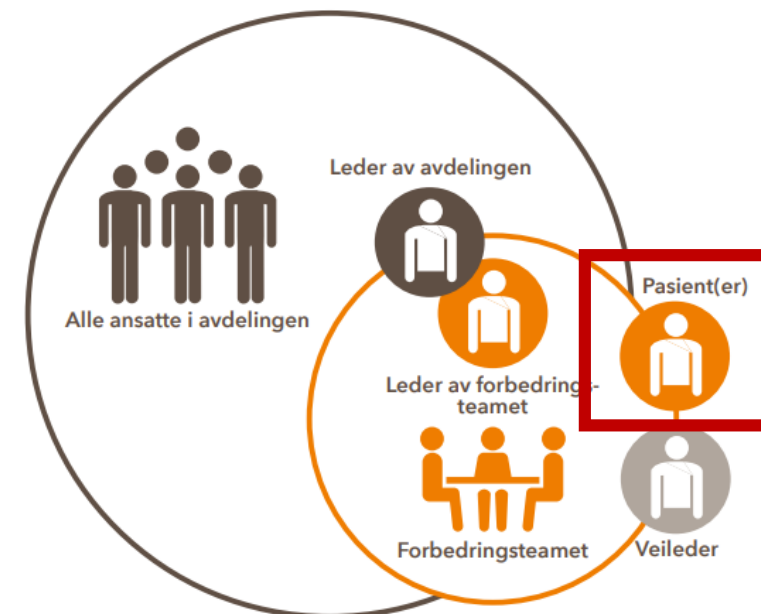
1. **Individnivå** reguleres av [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#), og gjelder uavhengig av om tjenestene tilbys i kommune- eller spesialisthelsetjenesten
2. **Tjeneste-/systemnivå** reguleres brukermedvirkning i [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) (§ 8d)
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

- Snakke med enkeltpasienter mens de er hos oss
- Skygging eller hospitering
- Be om innspill
 - Synlig forbedringstavle i avdelingen
 - Forslagskasse for brukere/pårørende
 - Be om innspill til konkret tema eller generell problembeskrivelse
- Dialogmøter
 - Belyse et problem
- Undersøkelser
 - Eksisterende bruker-/pårørendeundersøkelser
 - Egne kvantitative/kvalitative undersøkelser
 - Fokusgrupper, gruppearbeid
 - Individuelle dybdeintervjuer































































Patientinddragelsesguiden er en værktøjskasse til dig, der er leder eller medarbejder, og som ønsker at inddrage patienter og andre brugere i udviklingen af sundhedsvæsenet.

Her kan du finde inspiration til metoder, trin-for-trin guides og videoer om organisatorisk patientinddragelse.



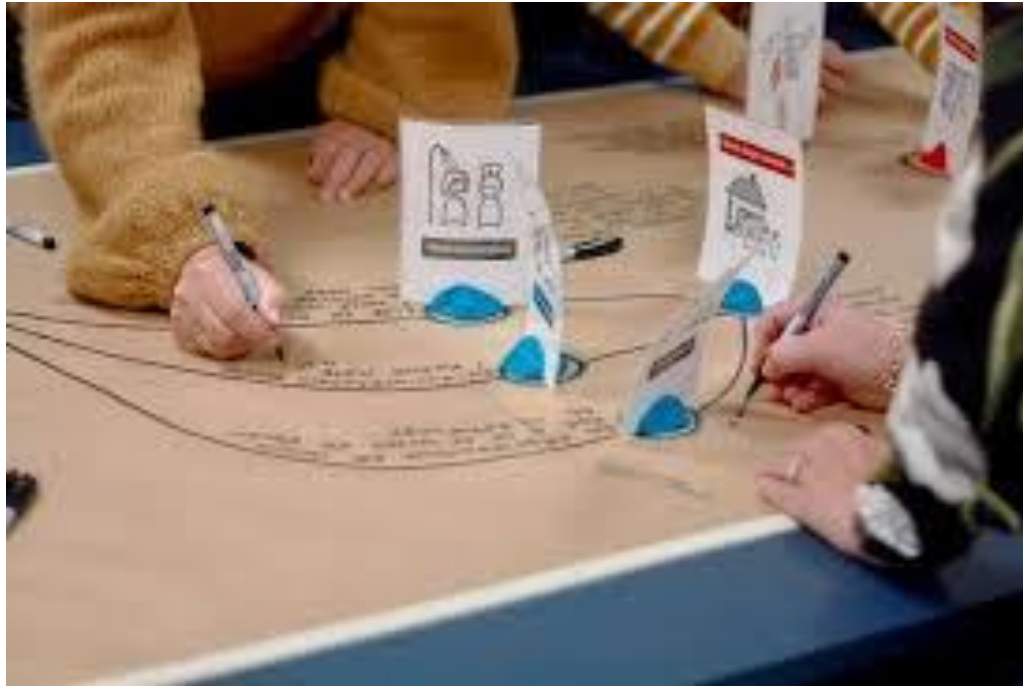
 Lederrunder → <small>Læs mere om lederrunder</small>	 Gruppinterview (fokusgruppinterview) → <small>Læs mere om gruppinterview</small>	 Brugeråd → <small>Læs mere om brugeråd</small>
 Workshop → <small>Læs mere om workshop</small>	 Observation → <small>Læs mere om observation</small>	 Individuelle interview → <small>Læs mere om individuelle interview</small>
 Patientkonsulenter →	 Postkort til patientfeedback →	 Feedbackmøder →

Patientinddragelsesguiden (regionh.dk)

	Hvor meget tid skal personalet bruge? <small>Den tid personalet skal afsætte til forberedelse, udførelse og opfølgning.</small>	Hvad koster det at anvende metoden? <small>Fx udgifter til honorering af brugerne, refusion af transportudgifter, forplejning og annoncering.</small>	Hvor mange metodiske kompetencer kræver metoden af personalet? <small>Fx kompetencer inden for facilitering, interviewteknik og spørgeskemakonstruktion.</small>	Hvor meget kræver metoden af brugerne? <small>Fx tidsforbrug samt fysisk og mentalt "overskud".</small>	Hvor mange brugere skal deltage, for at metoden kan gennemføres? <small>Størrelsen på den gruppe af brugere, der skal deltage, for at metoden kan gennemføres.</small>
 Postkort-metoden					
 Åben telefon					
 Lederrunder					
 Observation					
 Workshop					
 Individuelle interview					
 Gruppinterview					
 Spørgeskemaer					
 Feedbackmøder					
 Brugerrepræsentanter					

Bruker som del av forbedringsteamet

- Ha bruker som likeverdige medlem i forbedringsteamet
- Involvere i deler av forbedringsarbeidet



Kilde begge bilder:
[Brukermedvirkning i et kommunalt perspektiv](#)
(grimstad.kommune.no)

Hvordan velge ut/få med brukere/pasienter?

- Nåværende pasienter/brukere/pårørende
- Tidligere pasienter/brukere/pårørende
- Bruker-/pårørendeorganisasjoner
- Brukerutvalg

I tillegg kan også følgende være nyttig

- 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
- Mer relevante spørsmål i egne undersøkelser
- Ha 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 \(parorendesenteret.no\)](http://parorendesenteret.no)
 - SSHF: PREM (Pasienterfaringer)
- 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

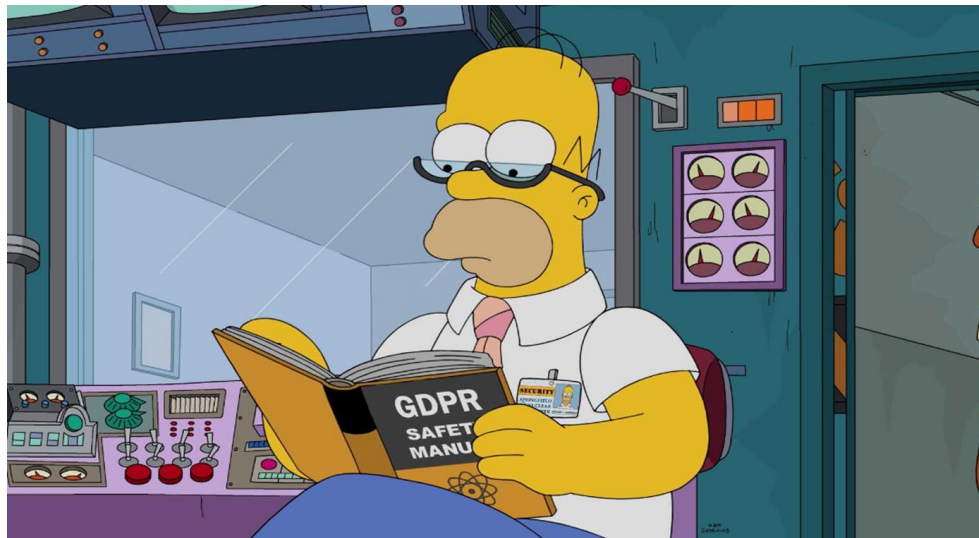


SØRLANDET SYKEHUS

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester
AGDER

GDPR - General Data Protection Regulation

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



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?	

Gruppearbeid

- Hvordan få inn brukerstemmen i deres forbedringsarbeid?
 - Kort runde fra gruppene på gode ideer etterpå.



BRUKERMEDVIRKNING

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

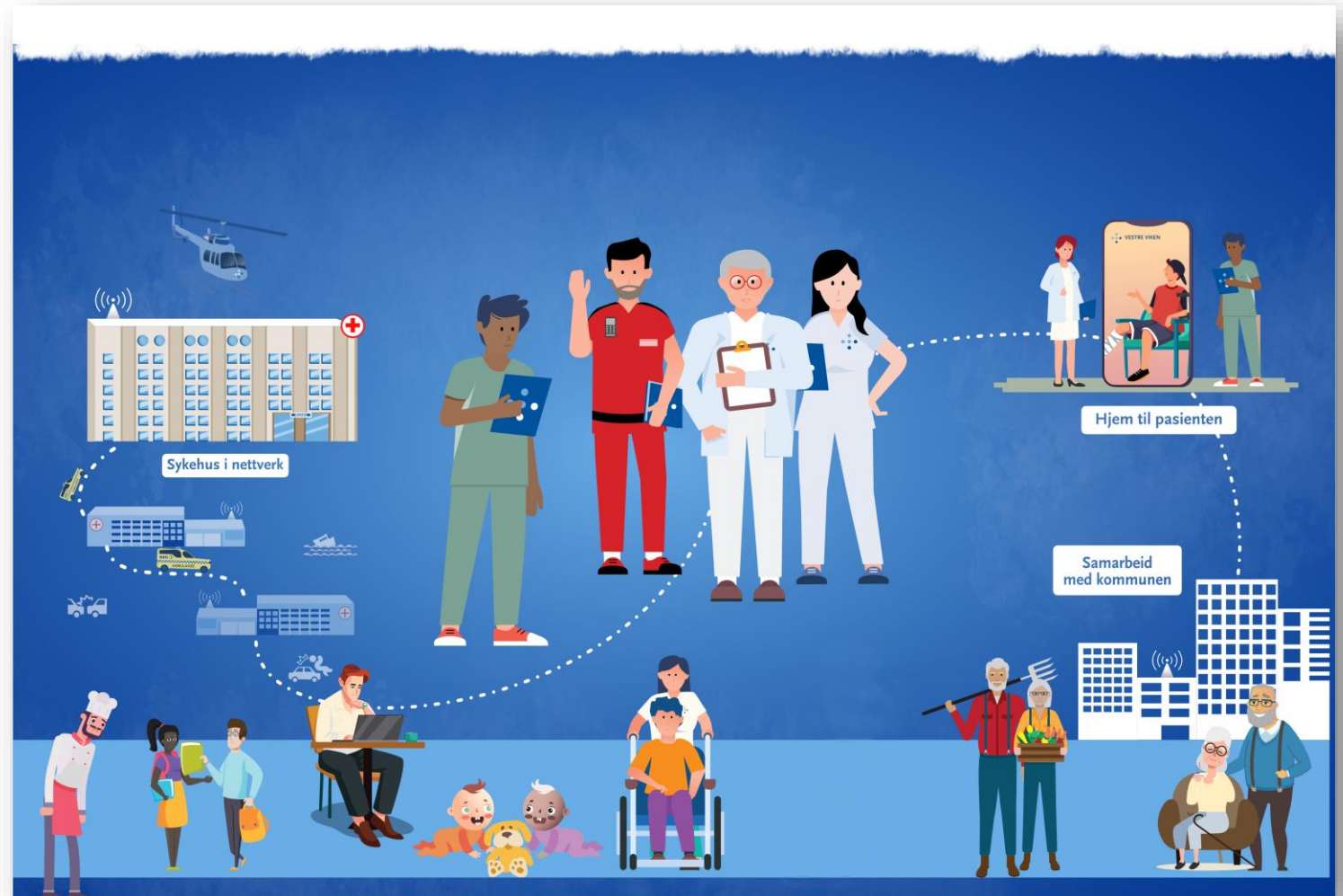
Åse Stavland Lexberg, forbedringsrådgiver Team kontinuerlig forbedring, Kvalitetsavdelingen VVHF
Revmatolog med klinisk erfaring og ledererfaring. Teoretisk og praktisk erfaring med forbedringsarbeider

Pasientens reise gjennom helsetjenesten

Helsepersonell har alltid vært opptatt av pasientene og pasientsikkerheten!

«Men opptatt av en pasient om gangen»

«Og ikke så mye opptatt av systemet rundt»



Program for kontinuerlig forbedring 2019-2022

Hatt opplæring av ca 800 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



Tre suksessfaktorer for systematisk forbedringsarbeid i helsetjenesten

-
- | | |
|----------------------|---|
| Informasjon | <ul style="list-style-type: none">• Kontinuerlig og pålitelig info om beste praksis (kunnskapsbasert)• Kontinuerlig og pålitelig info om nåværende praksis (målinger)• Sammenligne egne prestasjoner med tilsvarende enheter (benchmarking) |
| Involvering | <ul style="list-style-type: none">• 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 | <ul style="list-style-type: none">• System basert på forbedringskunnskap• Tverrfaglige forbedringsteam• Utvikle læringssystemer tilpasset ulike profesjonskulturer• Tilgang til veiledning i forbedringsarbeid• Skape et oppfølgingssystem som sikrer bærekraftige endringer |
-

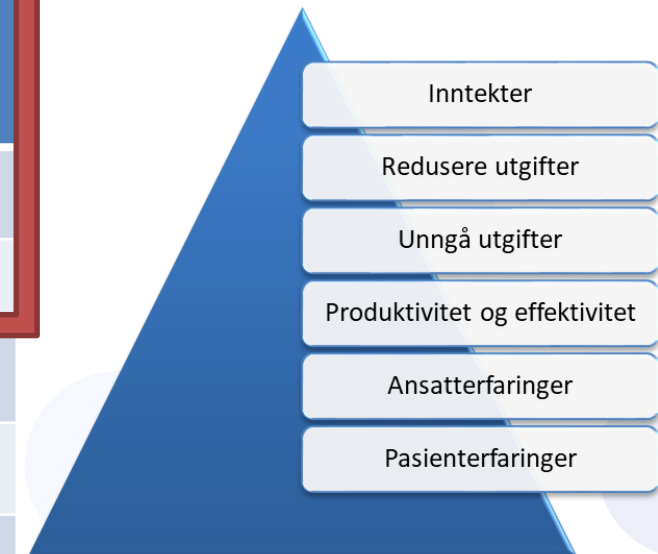
Kvalitet og pasientsikkerhet som business strategi

- 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

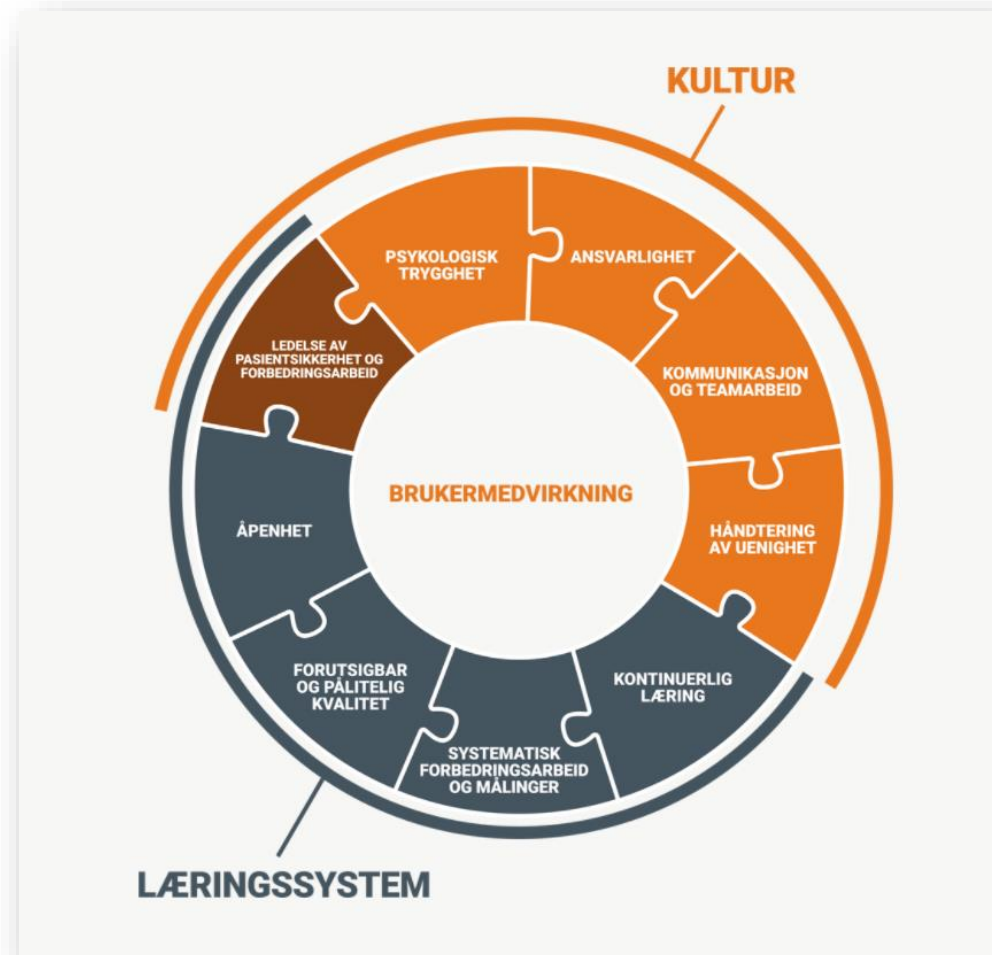
Alle forbedringsarbeider bør sette opp forventet innvirkning på de 6 dimensjonene og ha en plan for hvordan en kan måle og følge med på dette:

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



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!

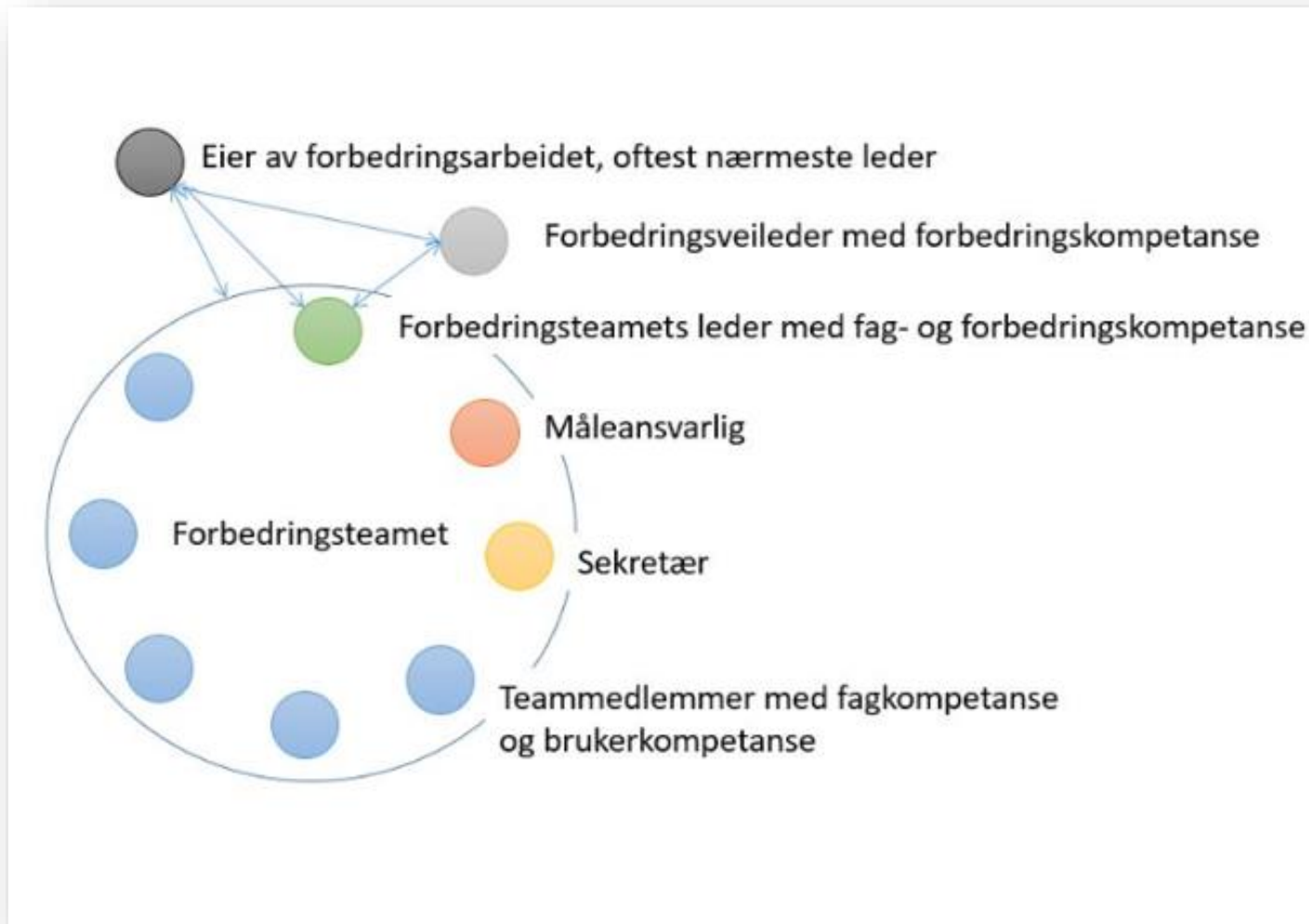
Tema	Nettopp startet (1 p.)	Godt i gang (2 p.)	Kommet langt (3 p.)	Eksemplarisk (4 p.)
<p>1.4 Medvirkning i egen behandling og omsorg (individnivå) </p> <p>Forrige score 3 Score <input type="text"/></p>	<p>Det er ikke systematisk informasjon om ulike behandlingsalternativer. Pasienter, brukere og pårørende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

Snakk om forbedring!

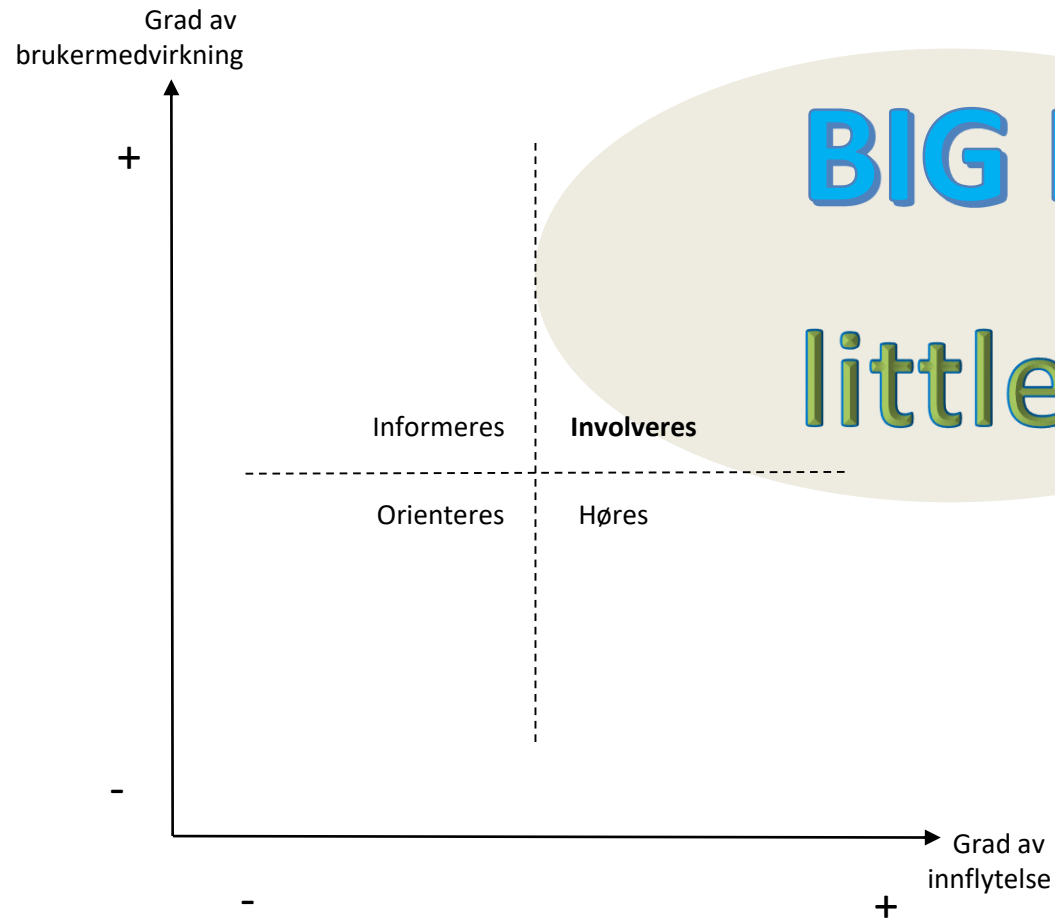
Tema	Nettopp startet (1 p.)	Godt i gang (2 p.)	Kommet langt (3 p.)	Eksemplarisk (4 p.)
<p>1.2 Brukerundersøkelser (tjenestenivå)</p> <p>Forrige score 2 Score <input type="text"/></p>	<p>Det er planer om å innhente synspunkter fra pasienter, brukere og pårørende.</p>	<p>Brukerundersøkelser gjennomføres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

«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 mange 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 brukermidvirkning i alle forbedringsarbeider
- «Snakk og forbedring» på alle seksjoner og ledergrupper hver 6. mnd hvor skår for brukermidvirkning inngår (?)
- Kompetanse på å lage spørreundersøkelser (elektronisk) til pasienter
- Brukerundersøkelser (jobber med SMS løsning for økt deltakelse)
- Opprettet Team brukermidvirkning i sentral stab VV og ansatt egen avdelingssjef for brukermidvirkning i stab til direktør fag. Jobbe med å operasjonalisere brukermidvirkning på alle nivåer i VV sammen med Brukerutvalget, Ungdomsrådet og Lærings og mestringscenteret. Samarbeid med Team kontinuerlig forbedring

Bestått

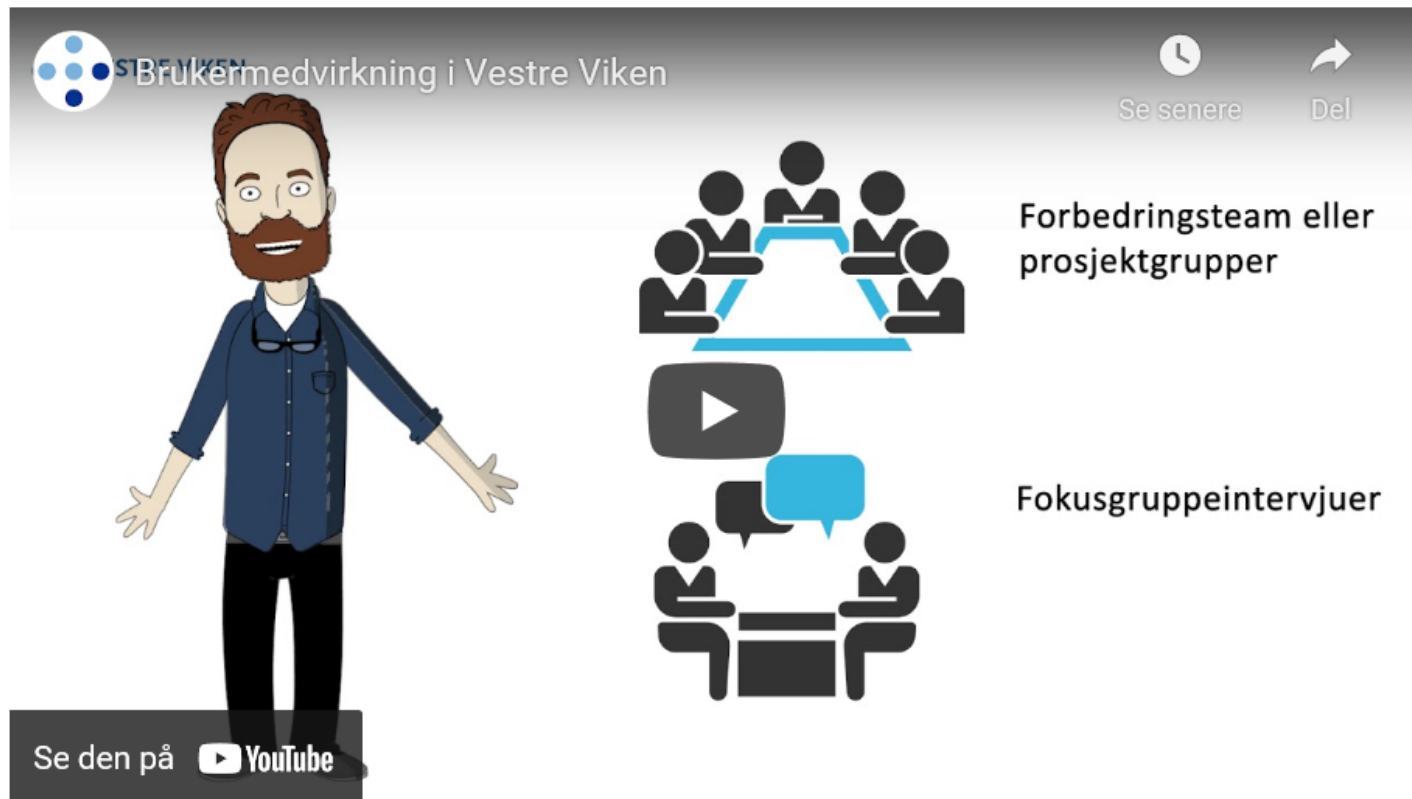
MENY

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 **aktivt** med saken...

Per i dag dessverre sjelden brukermedvirkning på dette nivået i forbedringsarbeider

Opplæringstilbud

- **Opplæringsprogram (9 mndr)**
 - **Forbedringsagent:**
I 2022 startet 3 deltakere fra Brukerutvalget
Tema for forbedringsarbeidet: Økt brukermedvirkning i forbedringsarbeider
 - Forbedringsveileder
- **E-læringskurs**
 - Obligatorisk grunnkurs
 - 6 moduler som bygger på hverandre
 - Innføring
 - Fase 1-3
 - Fase 4-6
 - Fase 7 og 8
 - Life QI
 - Målinger/SPC
- **Workshop**
 - Foreløpig åpnet for: LIS, Leder nivå 1-4 og TV/VO
- **Forbedringspoliklinikk**
 - Onsdager etter 12:30
 - Digitalt/Drammen/Bærum/Blakstad
- **Læringsnettverk**
- **Lederopplæring** (i samarbeid med OU)



Forbedringsagenter in training



E-læring



Forbedringsveiledere in training



Forbedringspoliklinikk



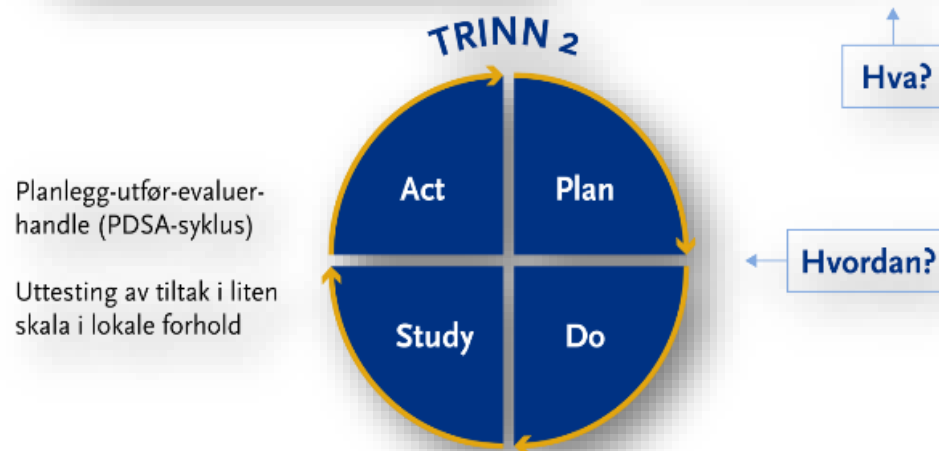
Workshop



Læringsnettverk

Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen - 2 trinn (IHI)



Forbedringsarbeid vha Forbedringsmodellen: VV- Bruker Med Virkning i forbedringsarbeider



Forstå
problemet



Sett sammen
teamet



Sett et mål
for arbeidet



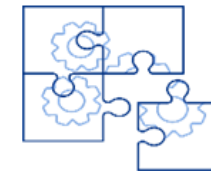
Lag et sett
indikatorer



Identifiser og
prioriter
ideer



Test ideene i
lokal kontekst



Implementer
og følg opp



Spredning av
forbedringen

Snakk om forbedring!

Tema	Nettopp startet (1 p.)	Godt i gang (2 p.)	Kommet langt (3 p.)	Eksemplarisk (4 p.)
<p>1.3 Medvirkning i forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid (tjenestenivå)</p> <p>Forrige score 2 Score <input type="text"/></p>	<p>Pasienter, brukere og pårørende er sjelden representert i forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid.</p>	<p>Pasienter, brukere og pårørende deltar av og til i forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid.</p>	<p>Det er rutiner for hvordan pasienter, brukere og pårørende skal delta i forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid, og de er likeverdige partnere.</p>	<p>Pasienter, brukere og pårørende • deltar i valg av forbedringsområder • er med i forbedringsteamet på lik linje med helsepersonell • får opplæring og honorar for arbeidet</p>

...BRUKER MED VIRKNING...



pause



Erfaringsdeling i grupper

Status i forbedringsarbeidet

Hva av det vi har lært til nå har vi brukt?

(Forstå problemet, nåsituasjon, m.m)

Deles inni små grupper

NB!

- Ha på kamera
- Del på mikrofonen 😊



Kilde: Pixaby

Brukerinvolvering - Et eksempel fra tidligere agent; Silje Kristiansen.

- Forbedringsområde: Pårørendesamarbeid på en sykehjemsavdeling
- Medvirkning pårørende: Spørreskjema som bakgrunn, forslagskasse(ris/ros), månedlige samtaler, innkomstsamtale og årskontroll med lege



Bruker i forbedringsteam

- Hvordan ble deltaker i forbedringsteamet valgt ut?
- Medvirkning i forbedringsteamet: Hvordan i møter, mail og telefon?
- Hvilke prosesser ble medlem i forbedringsteamet medvirkende i?
- Ble brukeren forberedt på forhånd?
- Hvordan ble bruker fulgt opp i etterkant

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

Indikatorer

Ingeborg og Mari

Hvorfor måle?



Reflektere over
egen praksis,
faglige
refleksjoner

Måle effekten
av de
forbedrings-
tiltak som
settes i gang

Dokumentere
om tiltakene blir
implementert og
om det gir
resultater

For å lykkes med
forbedrings-
prosjekter



Resultatindikatorer
beskriver kvaliteten på
sluttresultatet.



Eksempel

Mål:

Alle pasienter (100%) i avdeling A får rett medisin til rett tid innen 31.12.22

Resultatindikator:

Prosentandel pasienter som har fått rett medisin til rett tid



Resultatindikatorer
beskriver kvaliteten på
sluttresultatet.

Prosessindikatorer

Hvordan kan vi følge med
på prosessen underveis?
I hvilken grad man gjennomfører
tiltak/endringer

Eksempel

Tiltak
Plan for medisinutdeling opp på tavla, gjennomgang i morgenmøtet
Oppdatere prosedyrer og rutiner rundt medisin håndtering i avdeling A
Kjøpe nye dosetter
Gjennomføre opplæring på prosedyre for medisinutdeling for alle ansatte
Lage forslag til informasjon til pasientene om ulike medisiner, for å motivere til å ta dem til rett tid/frekvens
Lage informasjon til pårørende om ulike medisiner, slik at de er kjent med tid/frekvens på medisiner.
Endre arbeidsplaner slik at arbeidsbelastning blir jevnere fordelt

Prosessindikatorer

- Andel ansatte i avd. A med gjennomført opplæring på prosedyre for medisinutdeling.
- Andel prosedyrer og rutiner rundt medisin håndtering som er oppdatert.

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)

Tips til å måle

- Vi skal VITE – ikke synse
- Bruk gjerne tall fra systemene
- Enkle målinger er ofte godt nok
- Bruk gjerne bilder
- Målingene opp på veggen (synlig for alle)



Mål for forbedring:	
Her måler vi:	



[Opplæring i å lage run-diagrammer](#) (tidsserie) i Excel er tilgjengelig i tekst og video hos Pasientsikkerhetsprogrammet på I trygge hender 24-7

Sjekkliste for indikatorer

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

- Sikre at man har tenkt på alt
- Fylles ut for hver indikator
- Gå gjennom sammen med forbedringsteamet

- Kan justere indikator underveis

Måleplan

- Praktisk plan for hvordan målingen skal gjennomføres
- Hvor hentes data, ansvar, tid, presentasjon og analyse, bruk av målingene (beslutninger)

Måleplan

Prosess for gjennomføring av målingen

Innsamling	Er data tilgjengelig? <i>(Tilgjengelig nå/tilgjengelig med mindre endringer/fremtidig innsamling nødvendig)</i>
	Hvem er ansvarlig for innsamling av data?
	Hva er prosessen for innsamlingen?
Analyse <small>Beregn indikatorverdier og presenter resultat</small>	Hvordan skal resultatene presenteres? <i>(F.eks. seriediagram eller søylediagram i Excel)</i>
	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?

Eksempler

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, <u>Vilalt Godt</u>	
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 %. Retttid 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 <u>Gårbra</u> .
	Når skal målet nås? (Data, tid) Innen 31.5.22

◀ Måleplan

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, <u>Vilalt Godt</u>
	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 (Geric) 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.
Analyse <small>Beregn indikatorverdier og presenter resultat</small>	Hvordan skal resultatene presenteres? (F.eks. seriediagram eller søylediagram i Excel) Run-diagram i <u>excel</u> .
	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 <u>Gårbra</u> .

Se utfylte word-versjoner for flere eksempler på sjekkliste for andre resultat- og prosessindikatorer

Balanserende indikator

- Hva kan være utilsiktet effekt av forbedringsarbeidet, og hvordan kan vi følge med på om det skjer?

EKSEMPEL:

- Forbedringsarbeid fall, andel pasienter ernæringskartlagt



Indikatorer - Hva er hva?

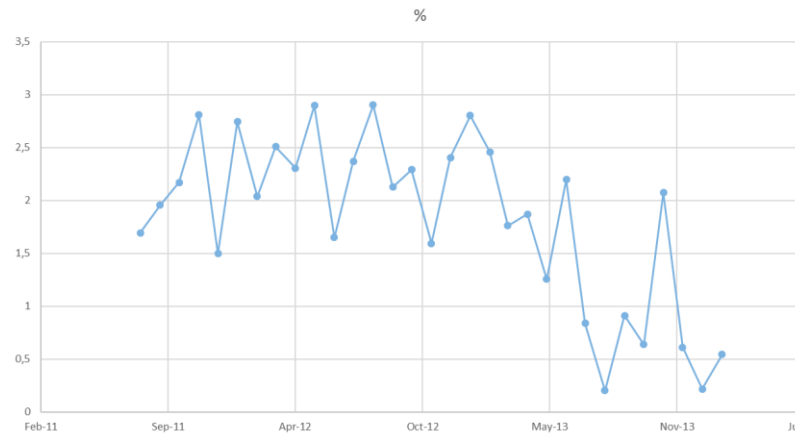
	Resultatindikator	Prosessindikator	Balanserende indikator
Brukes til?	Hvordan kan vi følge med på om vi når målet?	Hvordan kan vi følge med på prosessen underveis?	Hva kan være utilsiktet effekt av forbedrings-arbeidet, og hvordan kan vi følge med på om det skjer?
Innhold?	Beskriver sluttresultatet for pasientene/brukeren (ofte i antall, eller i andel/prosent)	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).

Bli god på målinger

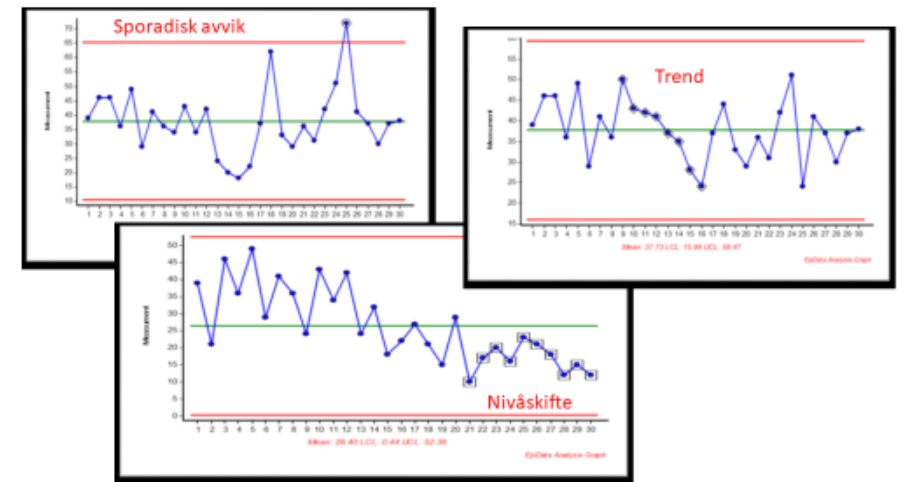


15.11.

Grunnleggende excel



15.12. Målinger: Run-diagram



24.1. Målinger: Avansert (SPC)



Evaluering - skriv svaret ditt i chat

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



Neste samlinger

	Halvdagssamling	03.11.22 kl. 12.00-15.30	Oppfølging: Hva skal måles? (indikatorer) Brukerstemmen i forbedringsarbeid	Digital
<i>Uke 45-48 Tredje veiledning</i>				
	Bonus	15.11.22 kl. 13.30-15.00	Excel-opplæring	Digital
	Verktøysamling	08.12.22 kl. 13.30-15.00	Prioriteringsmatrise, PDSA og Driverdiagram	Digital
	Bonus	15.12.22 kl. 13.30-15.00	Måling: run-diagram	Digital
<i>Uke 1-3 Fjerde veiledning</i>				
	Heldagssamling	19.01.23 kl. 09.00-16.00	PDSA praktisk trening Metoder for ideer og gruppearbeid Presentasjonsteknikk og "Heistale"	Rådhuset Kristiansand
	Bonus	24.01.23 kl. 13.30-15.00	Målinger: Avansert SPC	Digital

Avslutning

Får tilsendt

- Tips til mer fagstoff om målinger (artikler/video)
- Presentasjoner legges på nettside

Oppgave

- Avklare: Hvordan få inn brukerstemmen?
- Lage måleplan og sjekklister for indikatorer (minst 1 resultat og 1 prosess)
- A3: Fulle ut ønsket situasjon
- Hatt tredje veiledning



Premie til beste score før neste fysiske samling

19. januar 2023

Takk for i dag 😊



© CanStockPhoto.com