

Samling 1

Læringsnettverk ledelse av pasientsikkerhet



Arr.: USHT Nordland Dato: 05. november 2019 Sted: Kulturfabrikken Sortland

Kl. 09.00 – 09.30 Registrering

Kl. 09.30 – 10.00 Velkommen til Læringsnettverk

Kl. 10.00 – 10.45 Tiltakspakken og verktøy fra **I trygge hender 24/7**

1. Tavlemøter
2. Pasientsikkerhetsvisitter
3. I pasientens fotspor

Kl. 10.45 – 11.00 Pause

Kl. 11.00 – 12.15 Hvorfor ny forskrift?
Av Marion Knutsen (avdelingsleder USHT Nordland)

Kl. 12.15 – 13.00 Lunsj

Kl. 13.00 – 13.45 Gjennomføring av Pasientsikkerhetsvisitt
Av Mari Theigmann (tidligere enhetsleder Vestvågøy Kommune)

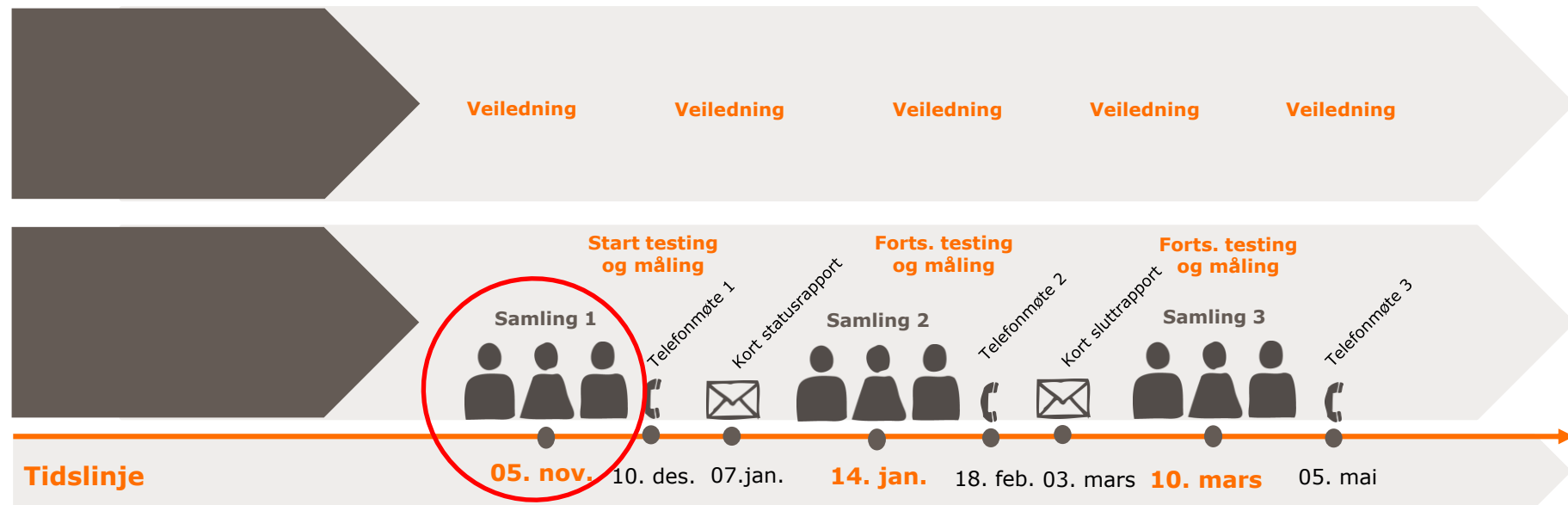
Kl. 13.45 – 14.00 Pause

Kl. 14.00 – 14.30 Gruppearbeid – Styringssystemets modenhet

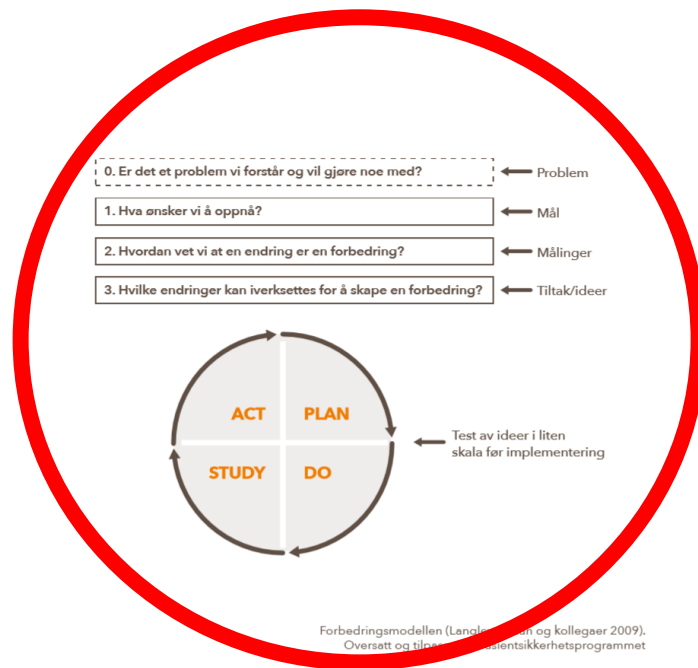
Kl. 14.30 – 15.15 Gruppearbeid – Fremdriftsplan

Kl. 15.15 – 15.30 Til neste samling 12. jan. 2020 (Kulturfabrikken Sortland)

Læringsnettverk Ledelse av pasientsikkerhet



En ledetråd i forbedringsarbeid



1. Velg utfordring.
2. Lag mål
3. Lever løsning
4. Vedlikehold løsningene



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland

I trygge hender 24
pasientsikkerhetsprogrammet.no 7

Forbedringsmodellen består av spørsmål (0-4) og PDSA-sirkelen



Forbedringsarbeid i praksis

Hva er problemet?

Hvorfor er det så viktig?

Hva skal du gjøre med det?

1. Hva ønsker vi å oppnå?

← Mål

S	M	A	R	T
Spesifikke	Målbare	Aksepterte og ambisiøse	Realistiske	Tidsavgrenset



Engasjerende
Evaluerbare
Eiersskapende
(Ansvar)

Spesifikke: Er det tydelig hva som skal oppnås?

Målbart: Hvordan måler du om du har oppnådd ditt mål?

Akseptert: Er målet akseptert av de som skal nå det?

Realistisk: Er målet realistisk og oppnåelig?

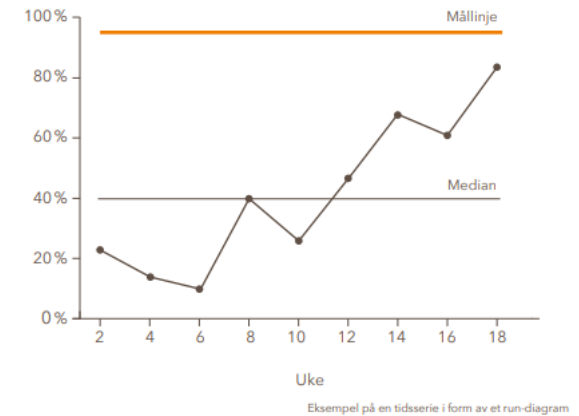
Tidsavgrenset: Når er din deadline?

2. Hvordan vet vi at en endring er en forbedring?

← Målinger

Løpende målinger fremstilt i tidsserier er særlig viktig i forbedringsarbeid, for å gi mulighet for å følge egen utvikling over tid, og avgjøre om en endring fører til en forbedring.

RUN-DIAGRAM



Skår

Antall

Prosent

Dager
mellom
hver
hendelse

Andel

<https://snakkomforbedring.no/>

Start en datainnsamling om kultur og læringssystem på din arbeidsplass i dag.

2. Hvordan vet vi at en endring er en forbedring?

← Målinger

Ulike metoder for datainnsamling



Kurver

Tavler

Medisinske
kvalitets-
registre

EPJ

Avvikssystem

51 stykker bare i Norge.

Nasjonalt servicemiljø
for medisinske
kvalitetsregistre

Når tall skal kommunisere

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

DEN GODE

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

3. Hvilke endringer kan iverksettes for å skape en forbedring?

← Tiltak/ideer

I fellesskap, gjør en idemyldring (Nominell gruppeteknikk), skriv et driverdiagram.

Kan ikke gjentas nok ganger, test gjennomføring av identifiserte tiltak, i lokal kontekst.



TEST

Test gjennomføring av tiltakene i lokal kontekst



MÅLSETTING

Områder vi skal jobbe med

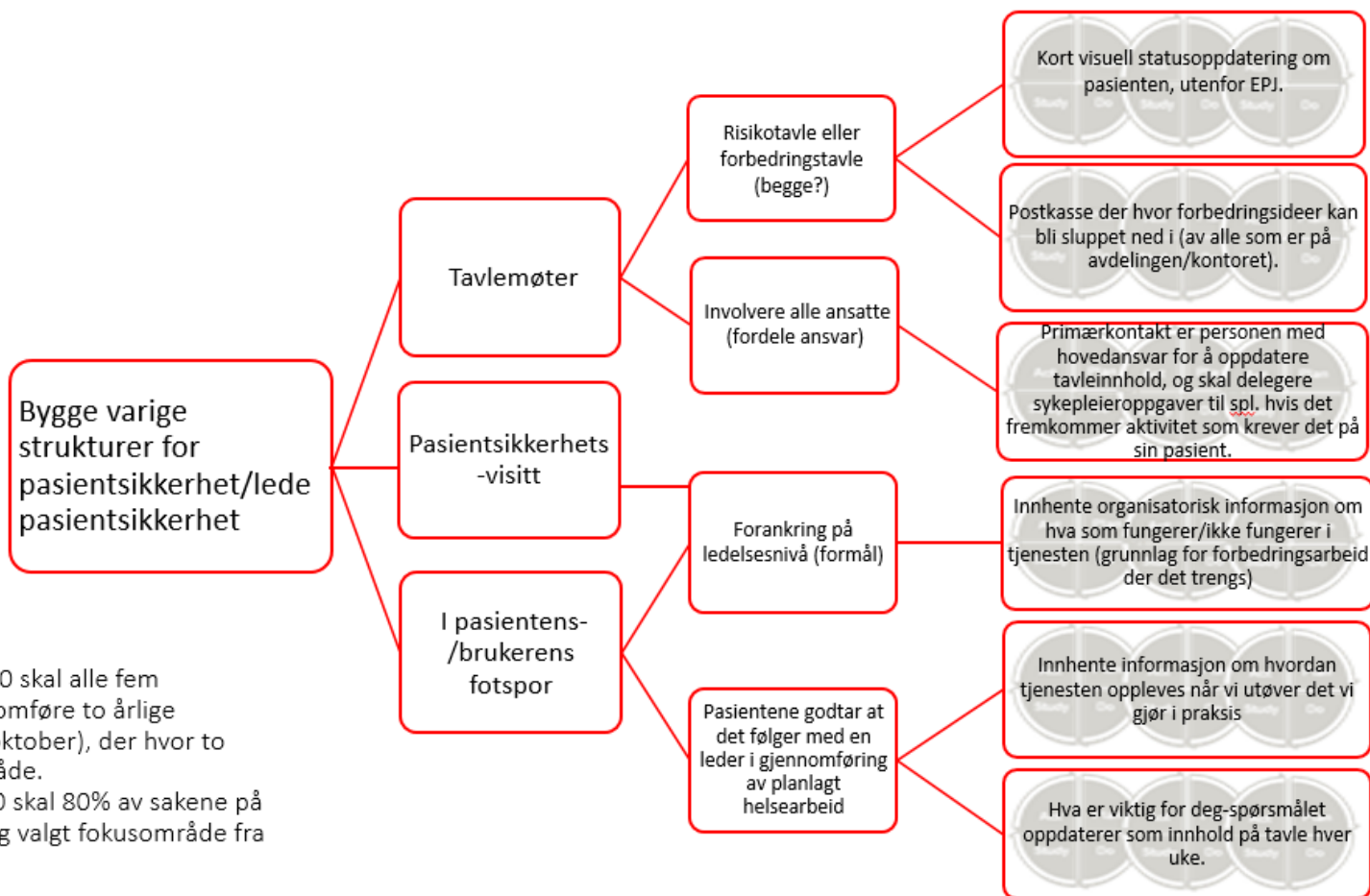
PRIMÆRDRIVERE

Hva må vi ha på plass?

SEKUNDÆRDRIVERE

ENDRINGSIDEER

Hva kan vi gjøre annerledes?



Resultatmål: Innen utgangen av 2020 skal alle fem avdelingene på sykehjemmet gjennomføre to årlige pasientsikkerhetsvisitter (i april og oktober), der hvor to områder blir valgt ut som fokusområde.

Prosessmål: Innen utgangen av 2020 skal 80% av sakene på forbedringstavle gjenspeile halvårlig valgt fokusområde fra pasientsikkerhetsvisitt.

Driverdiagrammet beskriver vår teori om hva vi kan gjøre for å nå målsettingen og hvordan. Diagrammet gir en visuell framstilling av de viktigste tiltakene for å nå målsettingen. Ved å lese driverdiagrammet fra høyre til venstre, demonstreres hvordan dette skal gjøres, og med hvilke lokale tiltak.

PDSA-sirkelen (Demings sirkel)

- **PLAN**

- Forme en hypotese/en ide om hva som vil skje.
- Lag en plan for hvordan samle data om det som skjer.

- **DO**

- Planen bli utført, data blir samlet inn.

- **STUDY**

- Data blir analysert.

- **ACT**

- Flere tester av samme hypotese
- Reformulering av hypotesen.
- Forkasting av hypotesen.

P – Please

D – Do

S – Something

A – Anything

0. Er det et problem vi forstår og vil gjøre noe med?

1. Hva ønsker vi å oppnå?

2. Hvordan vet vi at en endring er en forbedring?

3. Hvilke endringer kan iverksettes for å skape en forbedring?





The
Messiness
of
LIFE

En gruppe er en samling av mennesker som jobber mot et felles mål

Har gruppen din et felles mål, som alle kjenner godt? Felles motivasjon?

Har gruppen regler?

Hvem beslutter noe?

Er det noen som presenterer gruppens verdier?

- Forming
- Storming
- Norming
- Performing

Forbedringsarbeid i praksis

Vilje til å forandre

Lav – Medium – Høy

Ideer til forbedring

Lav – Medium – Høy

Utførelse

Lav – Medium – Høy



Se tiltakspakken [her](#).
I kompendium er tilpassing
til kommunal helsetjeneste
nærmere beskrevet.



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland

Kompendium til læringsnettverk
Ledelse av pasientsikkerhet - Vesterålen
2019 – 2020

Tiltakspakke for Ledelse av pasientsikkerhet



I trygge hender
pasientsikkerhetsprogrammet.no



Ledelse av pasientsikkerhet



I læringsnettverket skal forbedringsteamene teste tre styringssystem-tiltak, for å følge opp kvalitet i eget tjenesteområde, mellom sept. 2019 til mars 2020

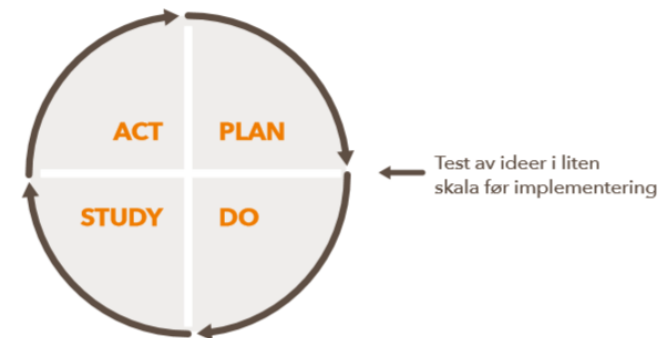
- I. Tavler/Tavlemøter
- II. Pasient-/brukersikkerhetsvisitter
- III. I pasientens/brukerens fotspor

Formålet med læringsnettverket

Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet – Forutsigbar og pålitelig kvalitet 365 dager i året, dag/aften/natt, uansett hvem som er på jobb.

Læringsnettverket bidra til å innfri kravene i [forskrift](#) om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene

→ sikre et styringssystem for kvalitet i helse og omsorgstjenesten. Med et styringssystem menes den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter **planlegges, gjennomføres, evalueres** og **korrigeres** i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

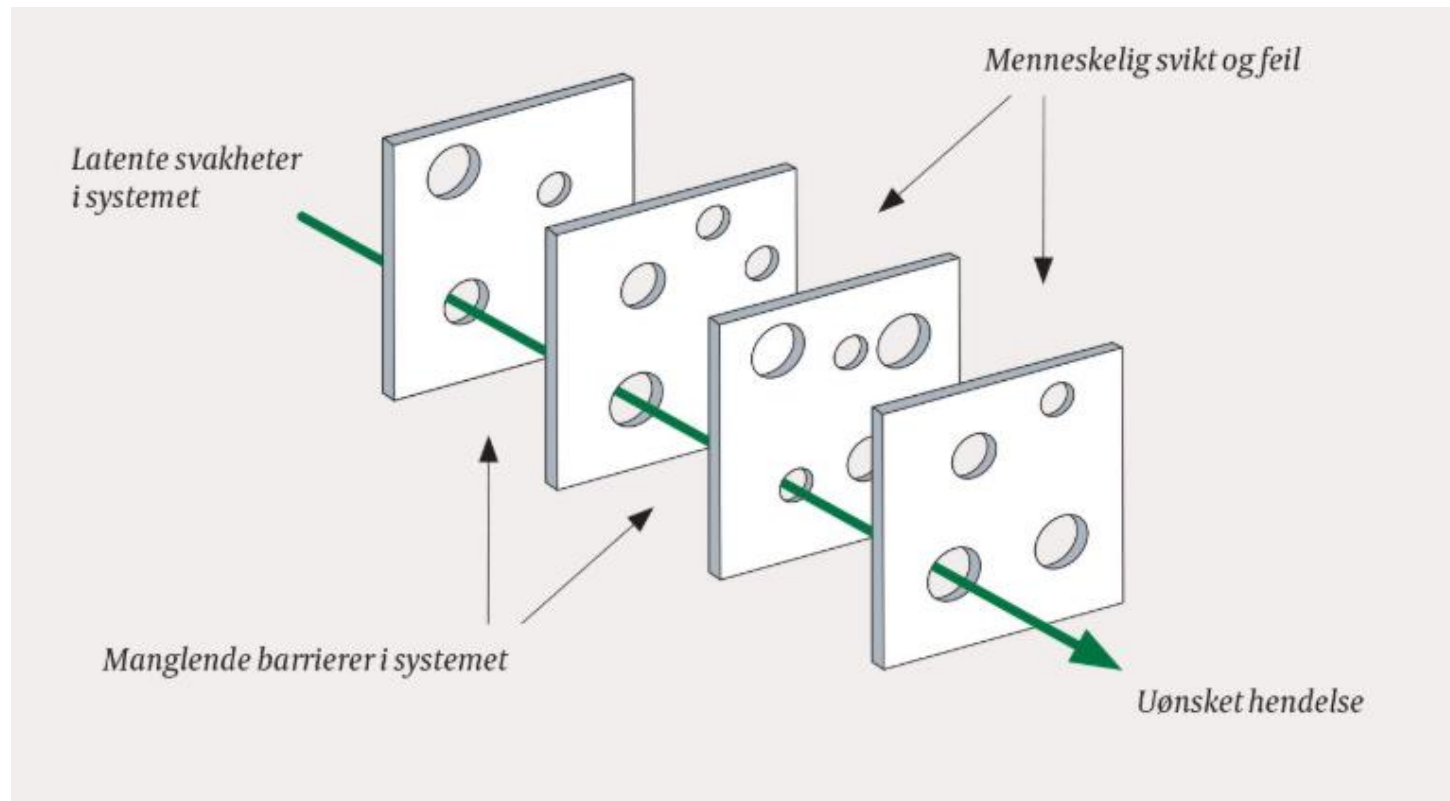


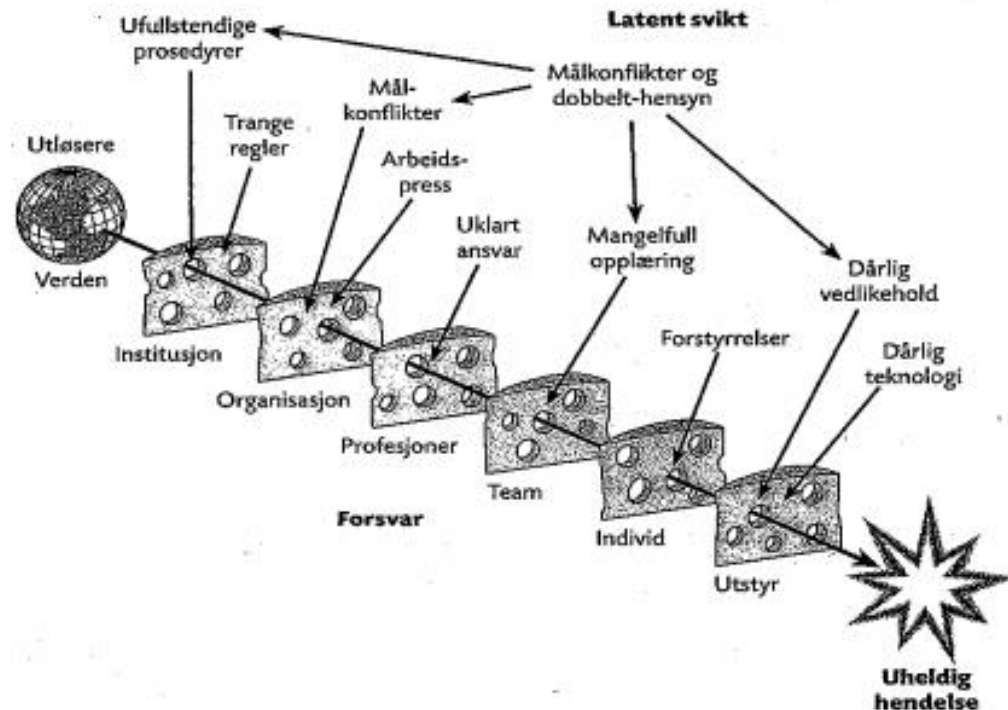
Forbedringsmodellen (Langley, Nolan og kollegaer 2009).
Oversatt og tilpasset av Pasientsikkerhetsprogrammet

Menneskelig svik vs. systemfeil

Ulykke – Forsvarsverk i flere lag, eller som det heter i ledelsesforskriften, styringssystem..

Sveitserostmodellen skal illustrere hvordan en uønsket hendelse kan passere parallelle hull i flere lag av forsvarsverk.





Lean-prosessen tre deler:
Sette seg inn i hva som er **verdi for** tjenestemottaker (kunden i våre øyne) og jobbe likt

Skape flyt – Samhandle.
Ønsket er «rolig elv» (fokuser på stegene som lager urolig elv)

Bli en **lærende organisasjon**, forbedringsarbeidet løses der de oppstår, med de involverte.

Kvalitetssystem med rutiner, prosedyrer og forbedringsmeldinger

Tavler og tavlemøter

Nyansatt-opplæring (får tildelt en fadder for 6 måneder)

Pasient- og brukersikkerhetsvisitter

Trygghetsstandard i sykehjem:
Innkomsamtale
Rutiner primærkontakt (også tavle)
Ledelse – tid til å lede en faglig prosess
Ernæring
Meningsfull aktivitet
Lindrende behandling

"«Antakelser er alle feils mor», sier et gammelt ordtak.

Tavler/Tavlemøter

Risikotavlen

Namn	Resident	Sjukvårstid (år & mån)	Länge	Skolegang (år/måneder)	Har en viktig rolle i familien?	Har en viktig rolle i gruppen i dag?	Fart	Trykkløst	Ernæringsforhold
204	G. Høien	1960/01	58	27.8.1960					
205	K. Dahl	1930/06	88	14.06.1930					
206	P. Fløen	1930/08	87	13.08.1930					
207	K. Jøe	1930/08	87	13.08.1930					
208	V. Steen	1930/01	88	19.01.1930					
209	T. Thun	1930/01	87	11.01.1930					
210	H. Høien	1930/08	87	13.08.1930					
211	G. Fløen	1930/01	87	11.01.1930					
212	P. Høien	1930/01	87	11.01.1930					
213	K. Høien	1930/01	87	11.01.1930					
214	H. Høien	1930/01	87	11.01.1930					

«skape overblikk over viktige oppgaver og områder med risiko, og sikre at disse blir gjort»

Risikotavle

- Gir overblikk over utvalgte områder eller oppgaver med risiko for pasienter og brukere.
- Gir regelmessig dialog om og oppfølging av utvalgte områder. Som for eksempel oppfølging av legemiddelbruk og «Hva er viktig for deg».
- Sikrer oppfølging av risikoreduserende tiltak og skaper en felles forståelse for risiko og behov i avdelingen.
- Kan benyttes til å samle inn data for å fremstille tidsserier som kan henges opp på forbedringstavlen.

Altså; risikotavlen er en viktig påminner og et nyttig visuelt verktøy for å sikre ekstra oppmerksomhet om risikoområder.

Forbedringstavlen



Forbedringstavle

Sjekk redigerbar mal her ([Manual for tavlemøter](#))

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

Fremdriftsplan

#	Forbedrings- ide	Ansvar	Test start	Test slutt	P	D	S	A

Ideer under testing

Forbedringstavle

- Skaper overblikk og status for pågående forbedringsarbeid.
- Sikrer systematisk og regelmessig dialog om hvordan avdelingen kan forbedre praksisen sin.
- Bidrar til at avdelingen i fellesskap kommer frem til, prioriterer, tester og vurderer forbedringsideer.
- Bidrar til å øke takten i forbedringsarbeid, endringer går raskere når det står på tavla.

Altså; forbedringstavlen er et viktig visuelt verktøy som skaper gode forbedringer og økt faglig fokus.

Risikotavle + forbedringstavle = sant

Der risikotavlen skaper overblikk over de viktigste oppgavene og sikrer at disse blir gjort, er forbedringstavlen sitt formål å systematisere og følge opp forbedringsideer og vise status for arbeidet med disse.

Begge tavlene viser hva som er viktig for avdelingen og tavlene kan gjerne sees i sammenheng. Områder som utpeker seg negativt på risikotavlen, kan flyttes inn som eget forbedringsarbeid på forbedringstavlen.

Oppgave/Driftstavler



Pasient/ Brukersikkerhetsvisitter

Hensikten med visittene er å avdekke risikoforhold og forbedringsområder ved å lytte til de ansattes tanker og opplevelser knyttet til deres egen arbeidshverdag.

Pasientsikkerhetsvisittene kan bidra til å utvikle en kultur hvor åpenhet rundt pasient og brukers sikkerhet har førsteprioritet.

Med pasientsikkerhetsvisitter kan følgende oppnås:

- Øke bevisstheten rundt pasientsikkerhet
- Gjøre pasientsikkerhet til en prioritert oppgave for øverste ledelse.
- Innhente informasjon som identifiserer områder som kan forbedres, og innføre konkrete tiltak i henhold til dette.
- Bygge opp kommunikasjonskanaler og relasjoner mellom øverste ledelse og personale i pasientnært arbeid.

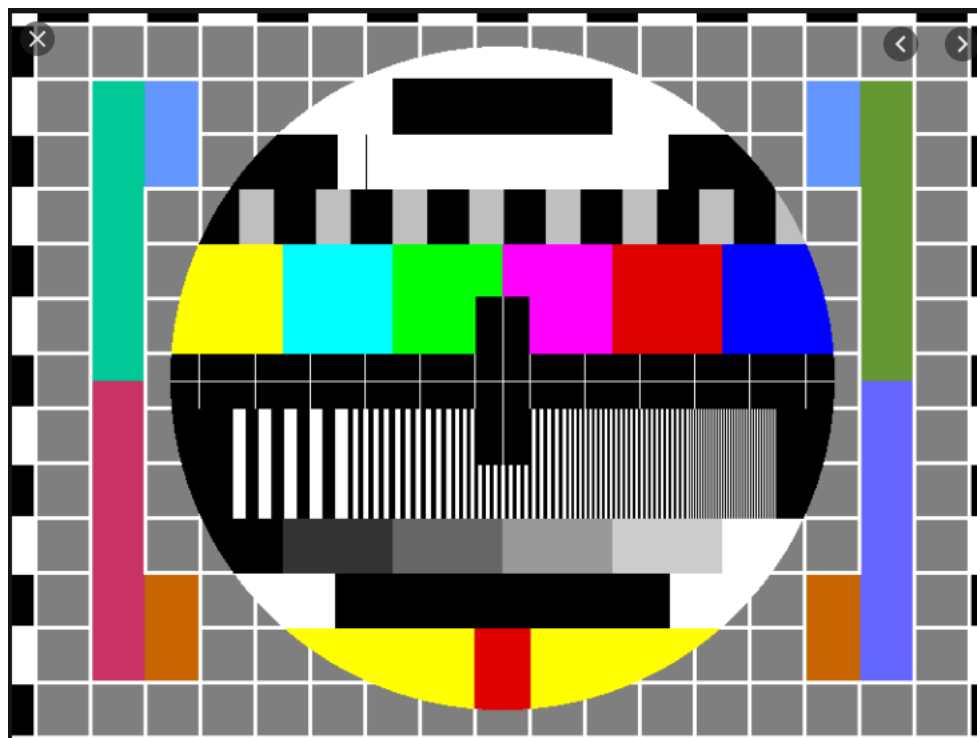
I pasientens fotspor

Øverste leder for en virksomhet følger fysisk en pasient/bruker og observerer hans eller hennes møte med virksomheten gjennom en hel dag eller deler av en dag.

Sammen med brukeren får lederen mulighet til å se virksomheten fra pasient/brukers perspektiv og lytte til deres behov i møte med tjenesten

Lederen skal sørge for å se forløpet gjennom pasientens/brukerens øyne og legge spesielt merke til:

- Om pasienter/brukere og pårørende opplever å bli møtt med interesse, respekt og engasjement
- Om pasienter/brukere og pårørerens kunnskap og erfaringer blir etterspurt
- Om pårørende, der det er relevant, blir betraktet som en ressurs
- Om kommunikasjon mellom pasienter/brukere, pårørende og helsepersonell er klar og entydig
- Om det er helhet og sammenheng i forløpet



Styringssystemets modenhet - Selvevaluering i læringsnettverket

Skriv inn hvilket nummer av styringssystemets modenhet forbedringsteamet mener er riktig for kommunen/enheten/avdelingen dere representerer, og begrunn svaret i kommentarfeltet

Kommentar:	Nr.

Kommune:

Enhet:

Avdeling:

Dato:



Gruppearbeid i respektive forbedringsteam

Mal fra kompendium

Deltagende enhet	
Teamleder / e-post	
Lokale mål/eget mål	

Fremdriftsplan: Hva må vi gjøre for å implementere tiltakspakken videre?

#	Utfordring	Hva skal gjøres?	Hvem skal gjøre det?	Når skal det gjøres?							
				nov	des	jan	feb	mars	apr	mai	Ut året
1											
2											
3											
4											
5											
6											



SMARTE MÅL

- S** — Spesifikke
- M** — Målbare
- A** — Attraktive
- R** — Realistiske
- T** — Tidsbestemte
- E** — Evaluerbare

Innen utgangen av 2020 skal 80% av sakene på forbedringstavle gjenspeiler halvårlig valgt fokusområde fra pasientsikkerhetsvisitt.

Etterlevelse av ukentlige korridormøter framfor forbedringstavlen der alle møter opp.

Etterlevelse av ukentlige korridormøter fremfor forbedringstavlen der møtet blir innenfor avtalt tid.

Innen utgangen av 2020 skal alle fem avdelingene på sykehjemmet gjennomføre to årlige pasientsikkerhetsvisitter (i april og oktober), der hvor to områder blir valgt ut som fokusområde.

Prosessmåling 1	
Prosessmåling 2	
Prosessmåling 3	
Resultatmåling 1	

Mal fra kompendium

Fremdriftsplan: Hva må vi gjøre for å fullføre innhenting av data og presentere?

[illegible]

7-stegsmøtemetode

Møtet skal ikke overskride 40 min
(optimalt 15-20 min. når møtemetoden er innøvd)

1. Avklare møte-årsak **1 min**
2. Tildel roller i dette møtet (Møteleder/Fasilitator/Referent/Tidtager) **1 min**
3. Se over agenda **1 min**
4. Arbeid gjennom sakene på agenda max **10 min** per sak, ikke overskride 3 saker
5. Se over referat og fordel ansvar **2 min**
6. Legg plan til neste møte (hva/hvordan/hvem/innen når) og skriv neste agenda **3 min**
7. Evaluere møtet, hva gikk bra og hva kan forbedres **2 min**

7-stegsmøtemetode

Møtet skal ikke overskride 40 min
(optimalt 15-20 min. når møtemetoden er innøvd)

1. Avklare møte-årsak **1 min**
2. Tildel roller i dette møtet (Møteleder/Fasilitator/Referent/Tidtager) **1 min**
3. Se over agenda **1 min**
→ Fremdriftsplan
4. Arbeid gjennom sakene på agenda max **10 min** per sak, ikke overskride 3 saker
→ «Hva skal gjøres» på fremdriftsplanen
5. Se over referat og fordel ansvar **2 min**
→ Skriv nye punkter på «Hva skal gjøres» på fremdriftsplan, og fordel ansvar
6. Legg plan til neste møte (hva/hvordan/hvem/innen når) og skriv neste agenda **3 min**
→ Følg fremdriftsplan, et levende dokument
7. Evaluere møtet, hva gikk bra og hva kan forbedres **2 min**

Sjekkliste til samling nr. 2 (På Kulturfabrikken 14.jan. 2020)

- ❑ Forbedringsteamet har gjennomført korte ukentlige gruppemøter (10-20 min.). Oppdatert kollegaene, der det ble aktuelt.
- ❑ Forbedringsteamet har utført planlagte delmål fra fremdriftsplanen siden første samling.
- ❑ Måleansvarlig har fått veiledning på datainnsamling/målinger ved behov, av Marion Knutsen ved USHT Nordland.
marion.knutsen@vestvagoy.kommune.no
- ❑ Teamleder har deltatt på telefonmøte 10.des. klokken 12.30-13.30
- ❑ Forbedringsteamet har oppsummert status og forfattet kort rapport innen 07. jan. Sendes til Marion Knutsen og nærmeste leder.

Enhetsleder USHT Nordland
tone.Kruger@vestvagoy.kommune.no
M: 906 06 337



Avdelingsleder (Vestvågøy)
marion.knutsen@vestvagoy.kommune.no
M: 941 51 763



Avdelingsleder (Vefsn)
eva-alice.slettevoll@vefsn.kommune.no
M: 992 53 051



I dag – i morgen

Hva er bra og mindre bra med dagens arbeidsmetoder og –prosesser?

I dag		I morgen	
+	-	+	-

Driverdiagram for [.....]

MÅLSETTING

Områder vi skal jobbe med

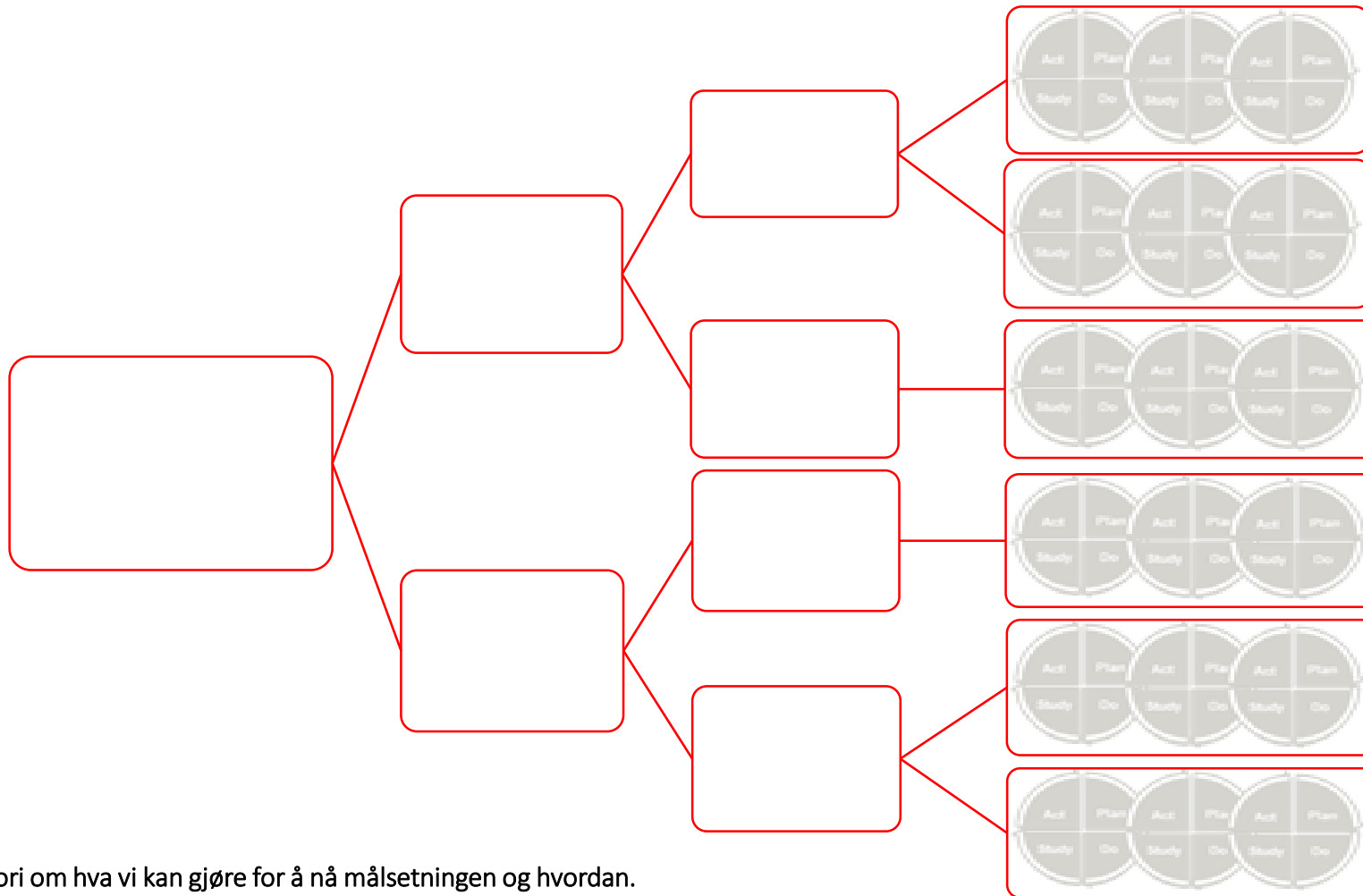
PRIMÆRDRIVERE

Hva må vi ha på plass?

SEKUNDÆRDRIVERE

ENDRINGSIDEER

Hva kan vi gjøre annerledes?



Resultatmål:

Prosessmål:

Driverdiagrammet beskriver vår teori om hva vi kan gjøre for å nå målsetningen og hvordan.

Diagrammet gir en visuell framstilling de viktigste tiltakene for å nå målsettingen. Ved å lese driverdiagrammet fra høyre til venstre, demonstreres hvordan dette skal gjøres, og med hvilke lokale tiltak.

Driverdiagram for [sett inn navn på
forbedringsarbeid]

Ledelse og kvalitetsforbedring

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren



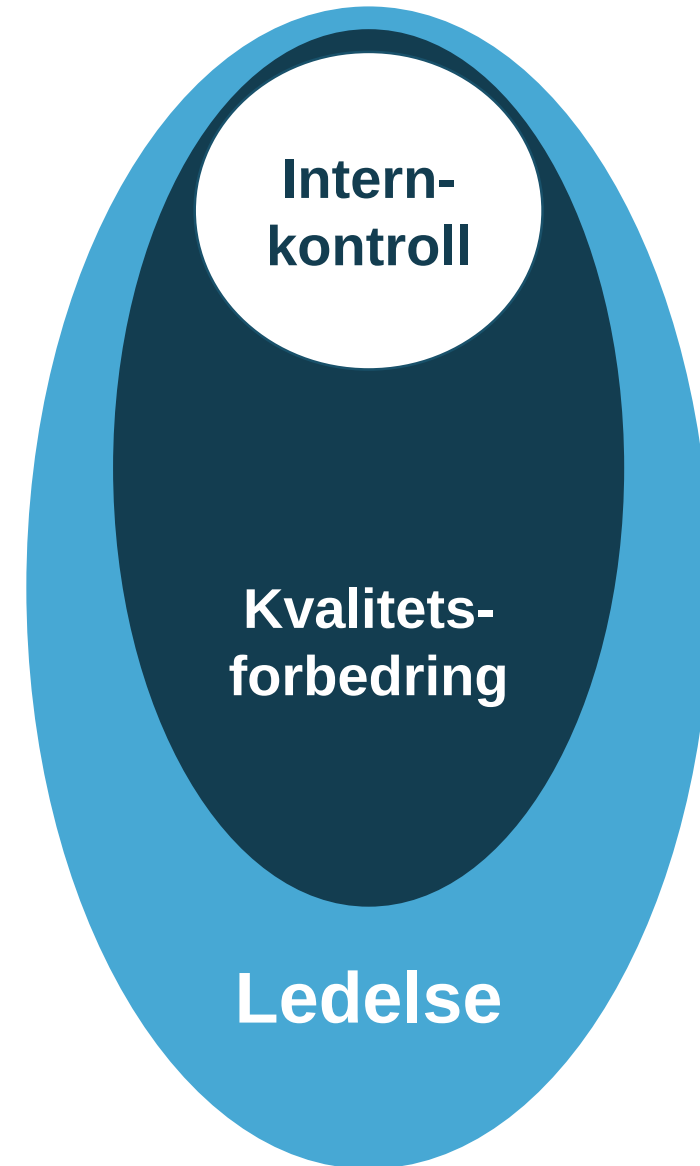
Hvorfor ny forskrift?

- Uklarhet knyttet til ansvar, ledelse og organisering
- For lite systematikk for å sikre at medarbeidere har nødvendige fagkunnskaper
- Utfordringer i grenseflater og overganger
- Liten grad av gjennomføring av planlagte tiltak
- Manglende oppfølging av om tiltakene har hatt ønsket effekt
- Lite systematisk og forankret arbeid med kontinuerlig forbedring



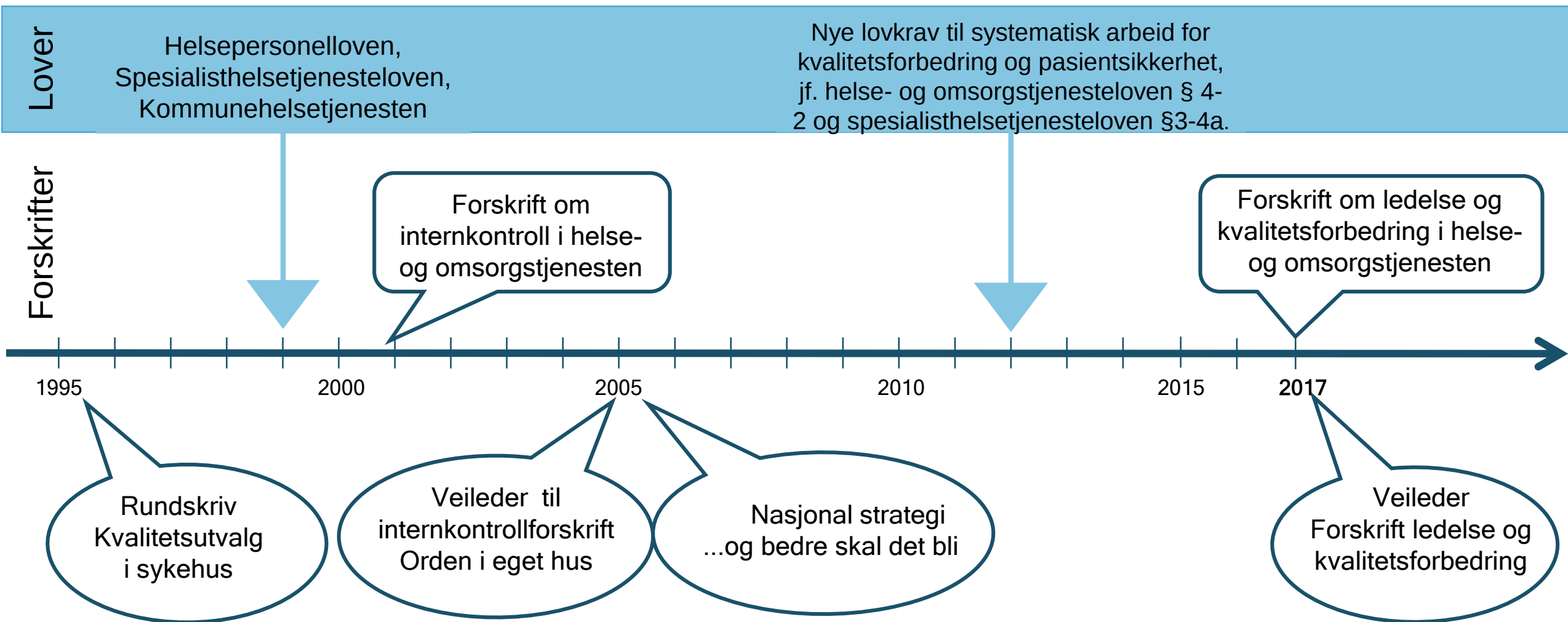
Hva er nytt i forskriften?

- Tydeliggjør lederes ansvar
- Tydeliggjør medarbeideres involvering
- Poengterer krav til brukermedvirkning
- Forsterker kravet til forbedring
- Fremmer krav til kvalitet, system og kultur



Historisk utvikling i krav til systematisk kvalitetsforbedring

- i helse- og omsorgstjenesten



Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Oppbygging

§ 1 Formål

§ 2 Virkeområde

§ 3 Ansvar for styringssystem

§ 4 Definisjon

§ 5 Omfang og dokumentasjon

§ 6 Plikten til å planlegge

§ 7 Plikten til å gjennomføre

§ 8 Plikten til å evaluere

§ 9 Plikten til å korrigere



© Foto: Stig Marlon Weston, Helsedirektoratet

§1 Formål

Bidra til:

Faglig forsvarlige tjenester

Kvalitetsforbedring

Pasient- og brukersikkerhet



§3 Ansvaret for styringssystemet

Den som har det overordnede ansvaret skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

§ 4 Definisjon

Styringssystem for helse- og omsorgstjenesten er den del av virksomhetens styring, som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter **planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres** i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivningen.



© Foto: Stig Marlon Weston, Helsedirektoratet

§5 Omfang og dokumentasjon

Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Det skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.



Oppgave 1

Hvordan jobber virksomheten vår i dag med systematisk forbedringsarbeid?

Summe i små grupper 2-3 min.
Dele innspillene med resten av gruppen.



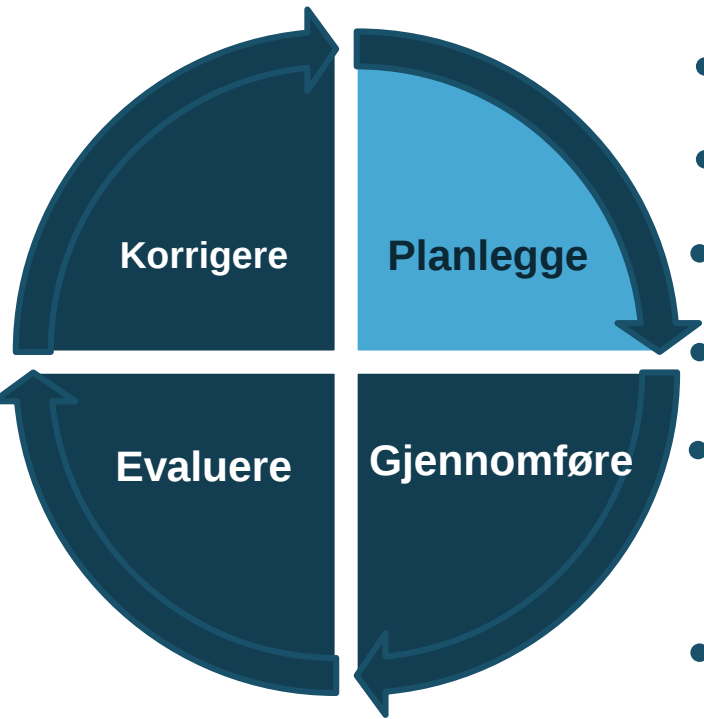
Hvorfor et styringssystem?

En forutsetning for å lede en virksomhet på en god og forsvarlig måte, er at øverste leder sikrer:

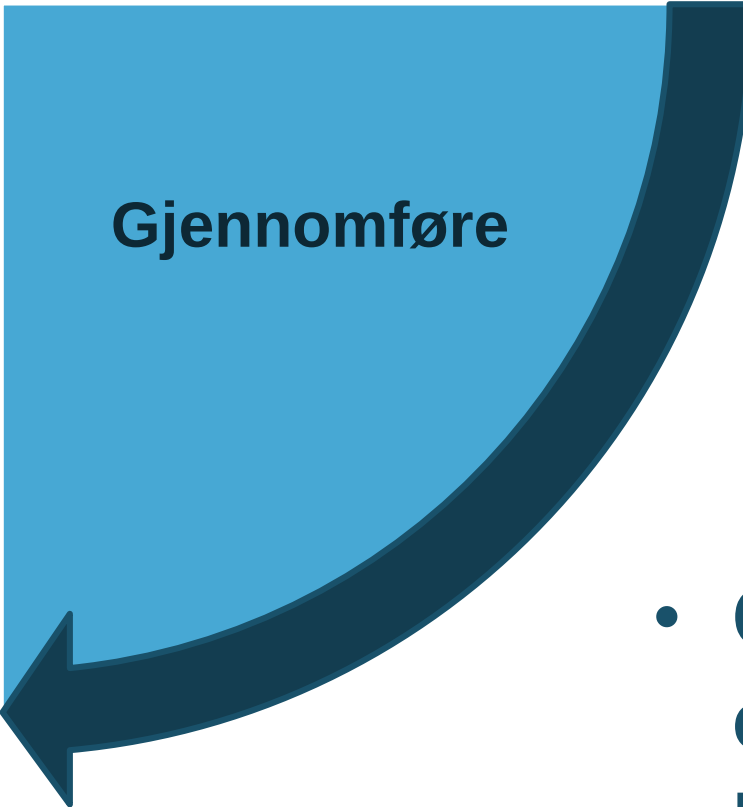
- Virksomhetens mål og at resultater etterspørres
- Tydelig ansvar og oppgavefordeling
- Organisering av virksomheten
- Styring etter lovverk og andre krav
- Ansattes og brukeres medvirkning
- Felles metodikk for forbedringsarbeid



§6 Plikten til å planlegge



- Mål, oppgaver og organisering
- Innhente informasjon og kunnskap
- Oversikt over regelverk og faglige dokumenter
- Oversikt over områder med risiko for svikt
- Planlegge hvordan risiko kan minimaliseres
- Oversikt over kompetanse og behov for opplæring
- Oversikt over avvik og forbedringsarbeid



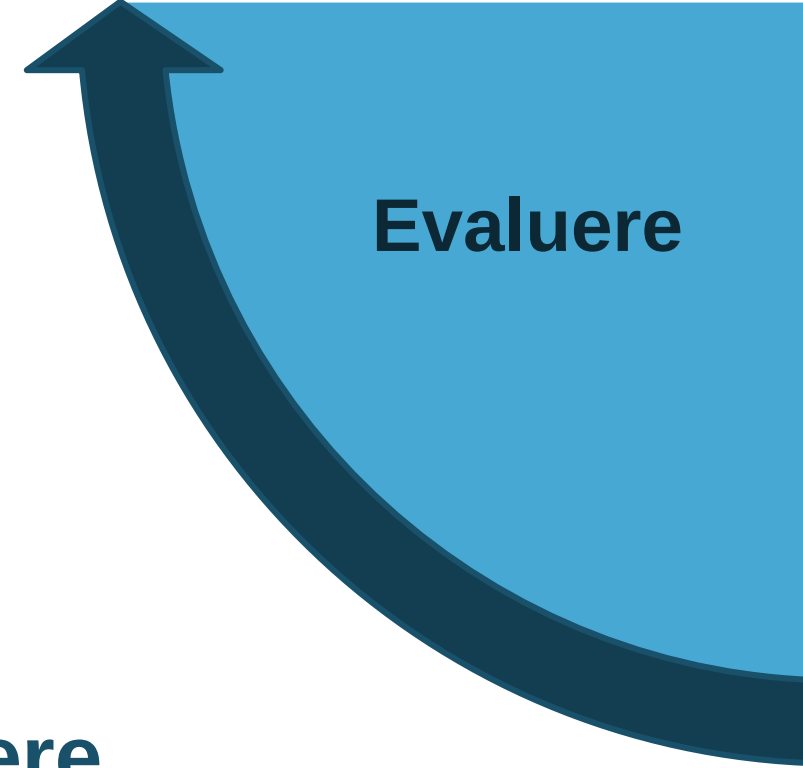
Gjennomføre

§7 Plikten til å gjennomføre

- Gjøre kjent virksomhetens oppgaver, organisering og planer
- Nødvendig kunnskap og kompetanse hos
- Utvikle og iverksette nødvendige tiltak for og avdekke, rette
- Medvirkning fra medarbeidere
- Medvirkning fra pasienter, brukere og pårørende

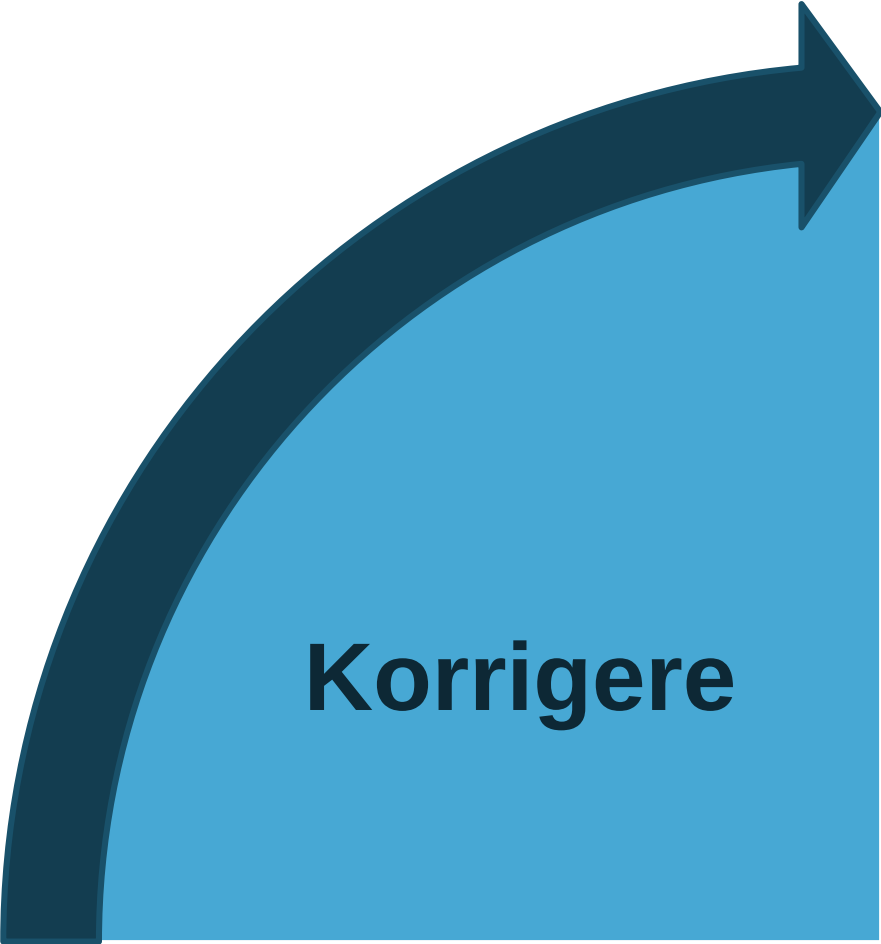
§8 Plikten til å evaluere

- Systematisk gjennomgang av styringssystemet
- Gjennomgå avvik og uønskede
- Bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende
- Evaluere iverksatte tiltak
- Vurdere effekt av gjennomføring
- Kontrollere at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres



§9 Plikten til å korrigere

- Forbedre nødvendige prosedyrer
- Sørge for korrigerende tiltak
- Lukke avvik

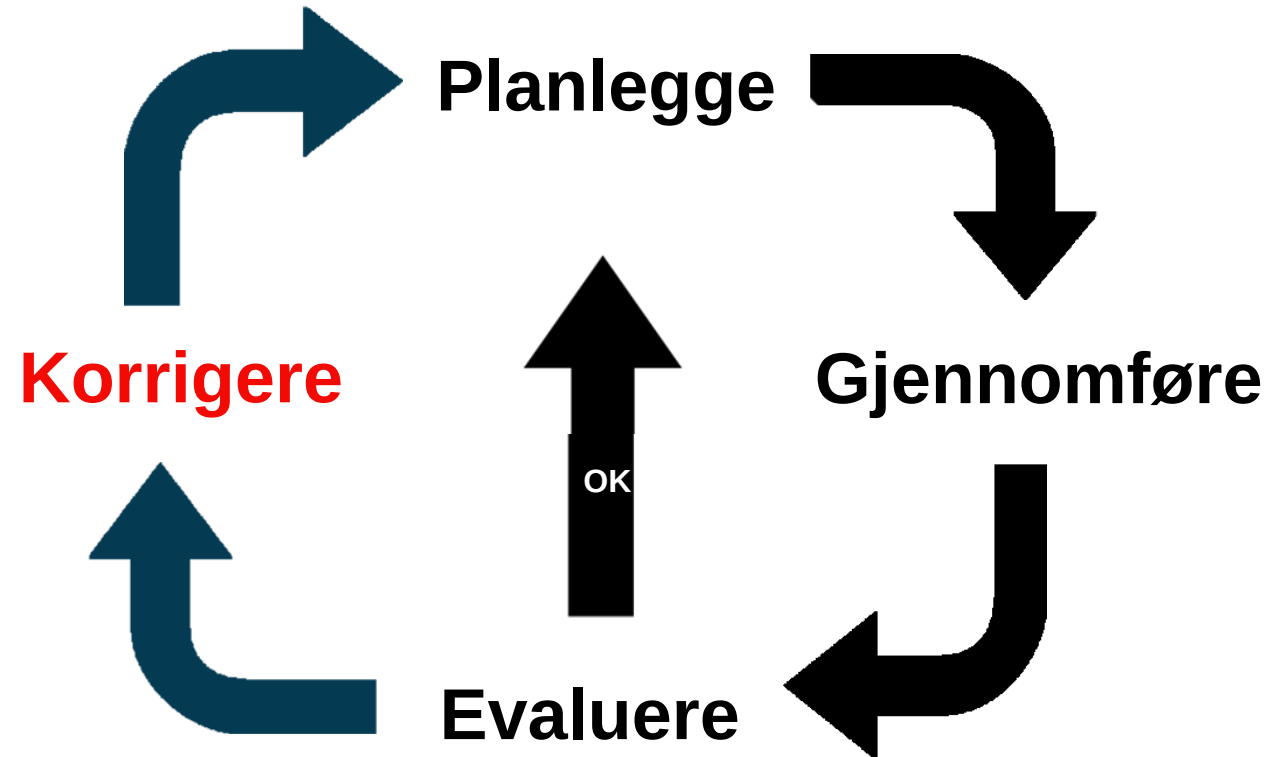


Korrigere

Forbedringsarbeid

- Ny kunnskap
- Resultater/indikatorer
- Tilsyn
- Avvik
- Revisjoner
- Risikovurderinger
- Klager
- Brukerundersøkelser
- Gjennomgang av styringssystemet
- Forbedringsforslag pasienter, pårørende og ansatte
- Nasjonale retningslinjer
- Myndighetskrav

Kilder til
forbedringsarbeid



Oppgave 2

På hvilken måte kan virksomheten vurdere om kvalitetssystemet er på plass?
Hvordan få oversikt over risikoområder?

Summe i små grupper 2-3 min.
Dele innspillene med resten av gruppen.



Styringssystemets modenhet

- Lederansvar
- Ansattes medvirkning
- Brukermedvirkning

Integrert
Forebyggende

Proaktiv og i forkant av hendelser og har kultur for kontinuerlig forbedring

Forbedringskultur, forbedringskompetanse og risikostyring i hele organisasjonen

Organisert

Nødvendig struktur og ledelse, og organisasjonen bygger forbedringskompetanse

Formalisert

Styringssystem er på plass, forbedring skjer reaktivt / etter hendelser

Tilfeldig

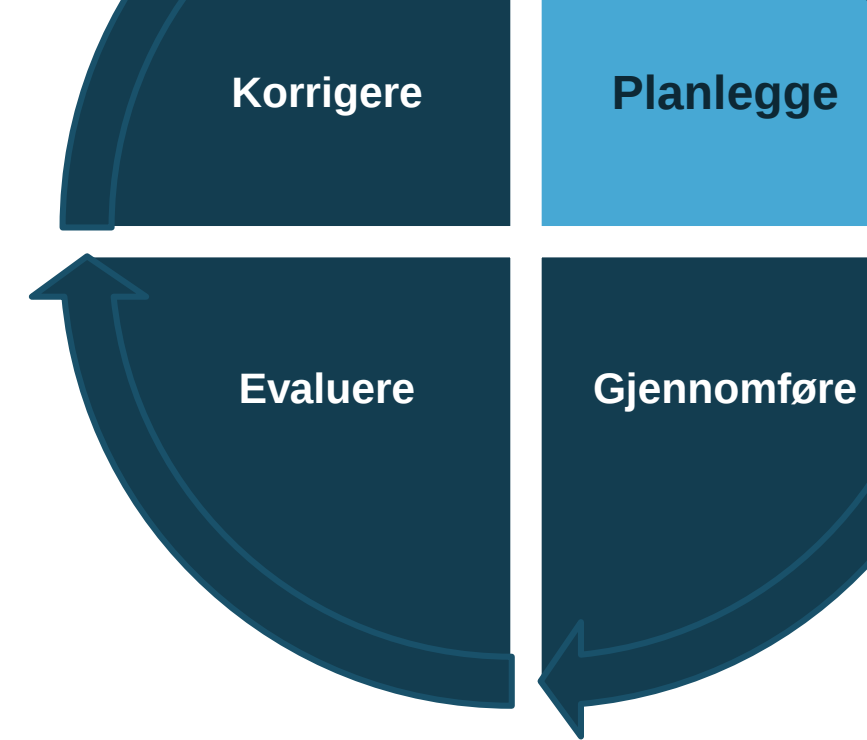
System og kompetanse er mangelfull og forbedring utføres ad-hoc og usystematisk

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess

Det innebærer

- dokumentere at man faktisk har et problem
- identifisere årsaker
- teste ut mulige løsninger i liten skala
- implementere tiltak som faktisk viser seg å være effektive

Kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester



For å lykkes med forbedring, pasientsikkerhet og videreutvikling

Ledelsen må etablere en felles metodikk for forbedring, som er kjent i hele virksomheten.

Dette innebærer

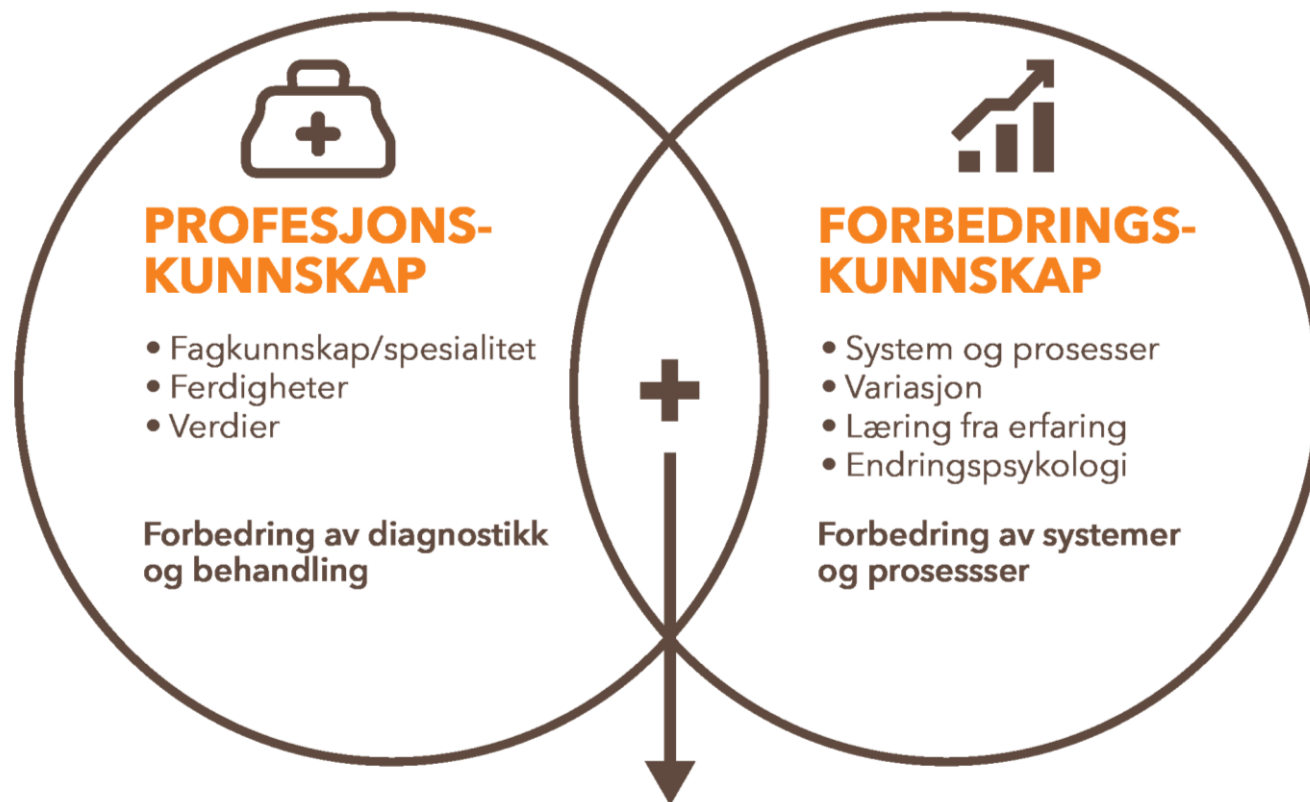
- beslutninger om hvilke forbedringer som skal prioriteres
- hvordan og hvor de skal implementeres
- hvordan måle om en endring er en forbedring
- hvem som skal ha ansvar for at endringer innføres og vedlikeholdes

Er det et problem vi forstår og vil gjøre noe med?



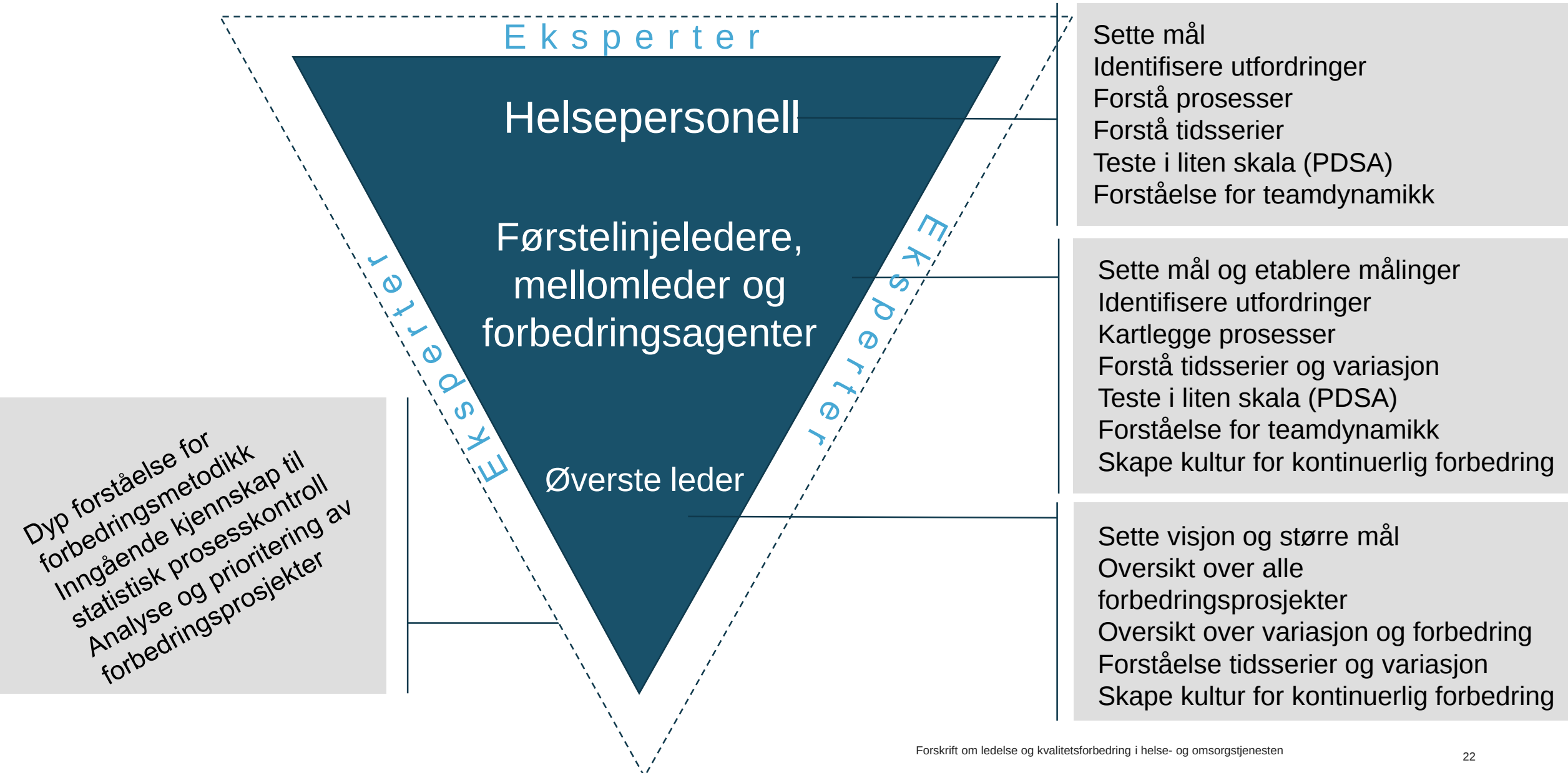
Forbedringsmodellen

Kompetansebehov i forbedringsarbeid



Det er ved å kombinere kunnskapen fra medisin og helsefag med forbedringskunnskap at man kan arbeide effektivt, systematisk og kontinuerlig med å forbedre helse- og omsorgstjenesten

Strategisk kompetanseutvikling i forbedringsarbeid



Oppgave 3

Hva er de viktigste tiltakene vi bør gjøre for å oppnå forskriftens formål om:

- Faglig forsvarlige tjenester
- Kvalitetsforbedring
- Pasient- og brukersikkerhet

Summe i små grupper 2-3 min.
Dele innspillene med resten av gruppen.







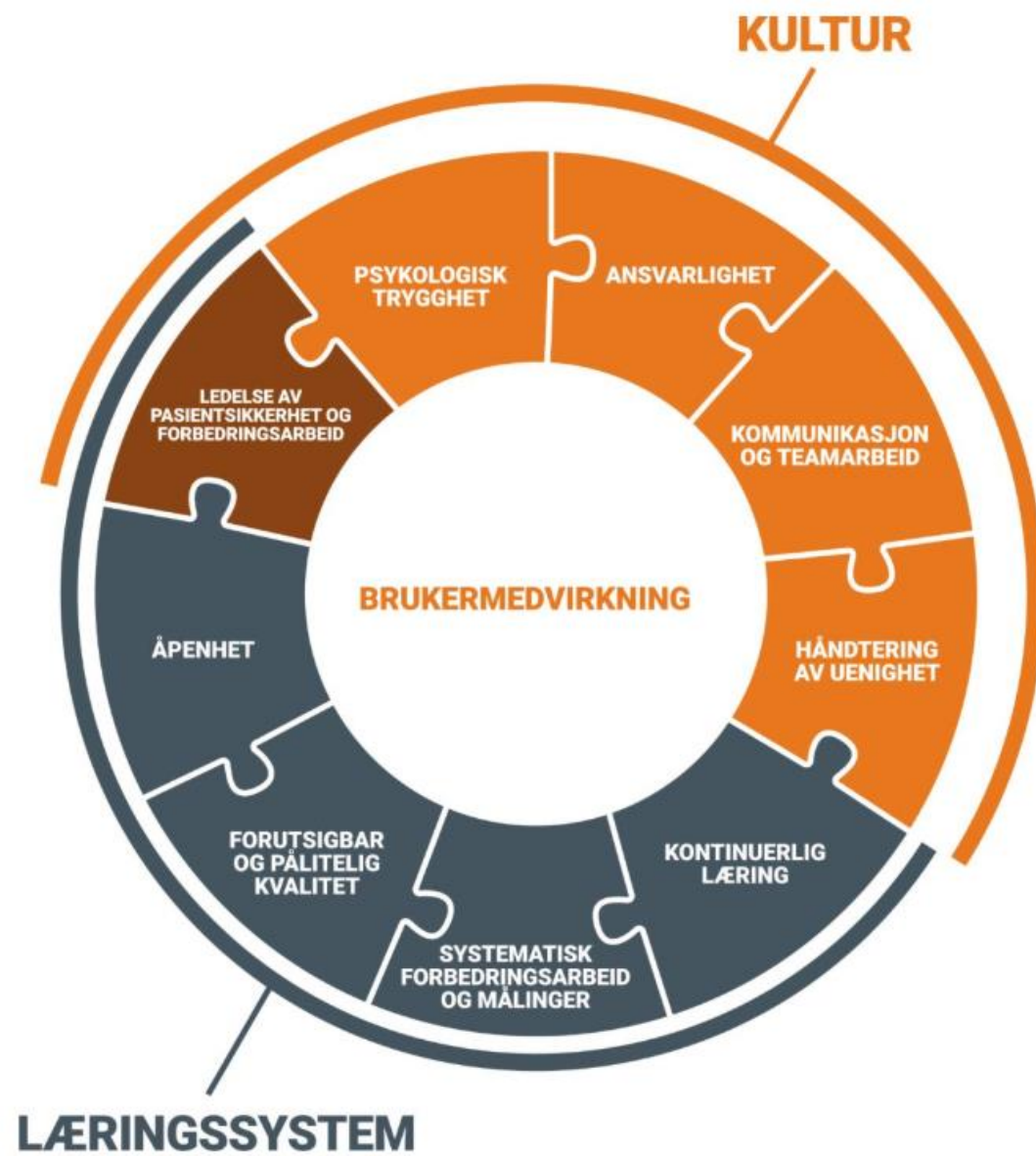
Brainstorming om variabler



07.00

11.30

17.00





Pasientsikkerhetsvisitt Vestvågøy sykehjem



Mari Aksmo Theigmann

- Sykepleier
 - Anestesi
 - Jordmor
 - Lederutdanning.
- Mer enn 40 års praksis fra Igalo i sør til Harstad i nord.
- Pensjonist
 - Tar vakter som sykepleier i nabokommunen.



Pasient - og brukersikker kommune

- Prosjektleder 50 %
- Koordinator for planlegging og gjennomføring
- Ønsket å utføre visitten på begge sykehjem
- Ledelse av visitten
 - Lekneshagen leder visitten på Vestvågøy sykehjem
 - Vestvågøy sykehjem leder visitten på Lekneshagen
- Fremme åpenhet og kultur



Forberedelse

- Utgangspunkt i pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7
- Veileder for gjennomføring av pasient- og brukersikkerhetsvisitter i kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- Arbeidsgruppe
 - Fagansvarlig sykepleier ved Korttidsavdeling VVS og Lekneshagen
 - Sykepleier fra VVS
 - Avdelingsleder fra Lekneshagen
 - Prosjektleder for pasient og brukersikker kommune



Forberedelse i forkant av visitten

- Informasjon til alle på sykehjemmet
- Invitasjonsbrev til enhetsleder og avdelingsleder
 - Mal fra veilederen (vedlegg 1)
- 4 personer ble trukket ut til å delta i visitten
 - Sykepleier, helsefagarbeider og lærling.
- Møte og informasjon med avdelingen og deltakerne
 - «Ufarliggjøre» visitten
 - Ble kjent med spørsmålene i forkant



Deltakere

- Møteleder
- Sekretær
- 4 ansatte fra avdelingen
- Rådmann
- Kommunalsjef omsorg
- Kommuneoverlege

- **Observatører**
 - Enhetsleder VVS
 - Avdelingsleder Korttidsavdelingen
 - Prosjektleder
 - Fagansvarlig sykepleier korttidsavdeling
 - 1 sykepleier fra sykepleieteam



Gjennomføring

- Møteleder innledet med informasjon om møte, møtelengde, innhold og formål
- Presentasjonsrunde
- Møteleder stilte spørsmål
 - **Har du opplevd avvik på din avdeling som gikk ut over pasientsikkerheten**
 - **Hva ble gjort i avdelingen for å hindre at uønskede hendelser skjer.**
- Fall med brudd
- Forskjellige dokumentasjonssystem på NLSH og i kommunen
- Ikke godt nok system for å få oversikt over dagen

- 
- 
- Lengden på oppholdet er ikke konkretisert i vedtaket
 - Vanskelig å sette målet for oppholdet
 - Personalets vurdering blir ikke hørt når det skal avgjøres utskrivelse eller videre opphold.
 - Avdelingen fylles opp – overbelegg
 - **Brukermedvirkning og pasientsikkerhet? Er dette tatt opp med pårørende?**
 - **Melder dere fra om det gjøres feil?**
 - **Oppeves det at det ikke skrives avvik fordi en ikke vet hvordan en gjør det? (kommunalsjef)**
 - **Ville du likt at ditt familiemedlem kom til avdelingen og mottok tjenester?**





Tiltak etter visitten

- Avklare lengden på oppholdet til pasienten
- Målet med oppholdet
- Avklare forventningen til pasient og pårørende
- Fallskjema
 - Tolking? Skal en måle? Hvordan måle ?
- Involvere resten av avdelingen i arbeidet.
- Framdriften i arbeidet og tiltakene bør inn på forbedringstavla.



Oppsummering

- Fra avdelingens side var det en meget bra visitt til tross for tidspresset.
- Personalet ble tryggere utover i visitten. Meget viktig med premøte for å ufarliggjøre visitten.
- Tema var avklart på forhånd og spørsmålene er kjent.
- Viktig med sammensatt gruppe. Kom fram mange gode poeng.
- Kommuneoverlegen var veldig engasjert og hadde kunnskap og erfaring fra annen kommune.
- Trygt med observatører til stede. Ble litt mindre «farlig» når avdelingsleder og enhetsleder var i rommet.



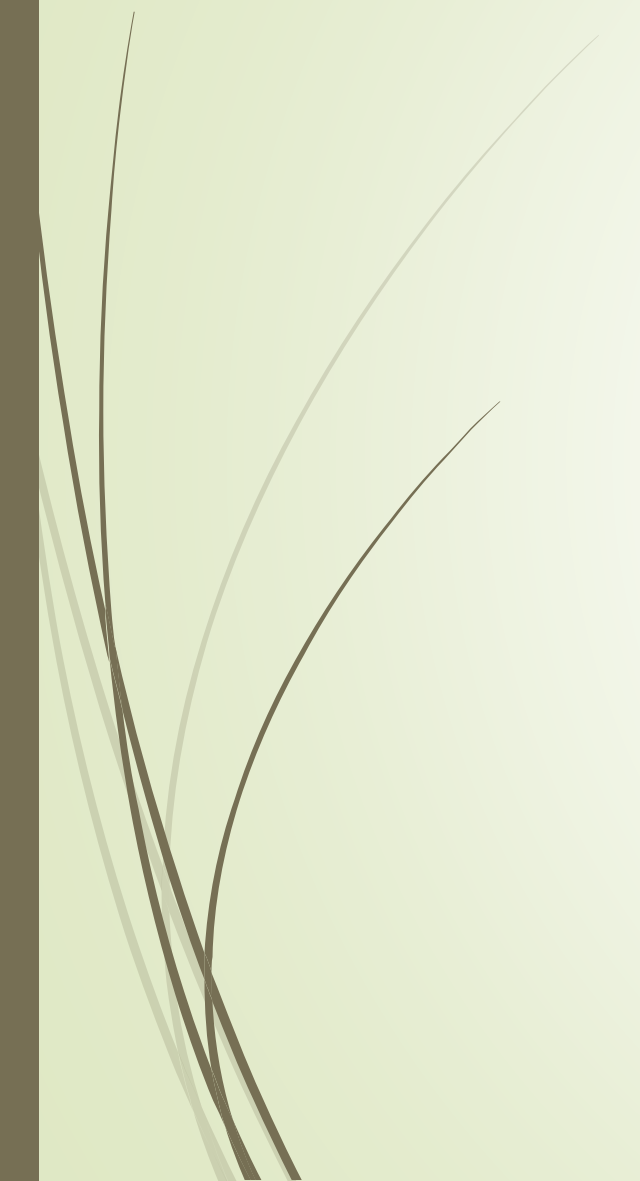
Kontinuerlig forbedring

- Avdelingen jobber med kontinuierlig forbedring og mange av problemstillingene jobbes det med fra tidligere.
 - Tavlemøte hver uke
- Det tar tid å endre når flere enheter blir involvert.
 - Avdelingen har så tidlig som mulig samarbeidsmøte med pasient/pårørende, hjemmetjeneste og evt hjelpemiddelsentralen.



Hva lærte vi av dette.

- Lederne må eie visitten
 - Ansvar for gjennomføringen.
- Må FORANKRES på rådmannsnivå.
 - Kommunalsjef/rådmann må etterspør resultater.
 - Må rapporteres på lik linje med økonomi og sykefravær.
- Legetjenesten må være representert.
 - Kommuneoverlegestillingen er delt mellom 3 leger
 - Event. Tilsynslegen
- Må ha forståelse i hele organisasjonen for å komme i mål.
- Visitten bør ikke gjennomføres rett før sommerferien.
- Oppfølgingsmøte med rådmann/kommunalsjef må fastsettes rett etter visitten er gjennomført.



 **Takk for meg** ☐