

Samling 2

Læringsnettverk ledelse av pasientsikkerhet



Arr.: USHT Nordland **Dato:** 14. januar 2020 **Sted:** Kulturfabrikken Sortland (Møterom 3)

- | | |
|-------------------|---|
| Kl. 09.00 – 09.30 | Registrering |
| Kl. 09.30 – 09.40 | Repetisjon av foreslåtte tiltak/verktøy for å lede pasientsikkerhetsarbeid |
| | <ul style="list-style-type: none">1. Tavlemøter2. Pasientsikkerhetsvisitter3. I pasientens fotspor |
| Kl. 09.40 – 10.20 | Videoforelesning av Kari Anette Os, Helsedirektoratet
Presentasjon av vurderingsverktøy – egen virksomhets status i arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring |
| Kl. 10.20 – 10.30 | Pause |
| Kl. 10.30 – 11.15 | Utviklingsarbeid i Harstad Kommune
Av Monica-Katrine Lindstrøm, Harstad Kommune |
| Kl. 11.15 – 11.30 | Pause |
| Kl. 11.30 – 12.15 | Ansattes involvering i driften, ved bruk av tavler
Av Monica-Katrine Lindstrøm, Harstad Kommune |
| Kl. 12.15 – 13.00 | Lunsj |
| Kl. 13.00 – 14.00 | Workshop – Tavler |
| Kl. 14.00 – 14.15 | Pause |
| Kl. 14.15 – 15.15 | Forbedringsteamenes time |
| Kl. 15.15 – 15.30 | Til neste samling 10.03.2020 (Kulturfabrikken Sortland) |

Utviklingsarbeid i Harstad kommune



Harstad kommune
Attraktiv hele livet

Monica Lindstrøm

Har jobbet i Harstad kommune i 25 år

Utdannet hjelpepleier

Jobber i dag med forbedring og utvikling i Harstad kommune. Med hele kommunen som arbeidsfelt.

Arbeidet består av lean, kontinuerlig forbedring, tjenstedesign, prosessveileder i organisasjons utvikling, velferdsteknologi og digitalisering.

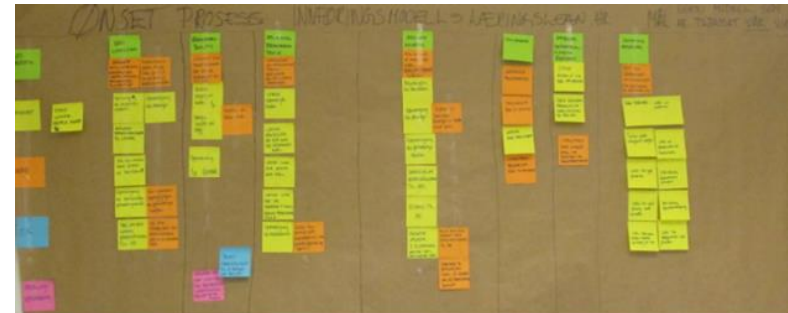
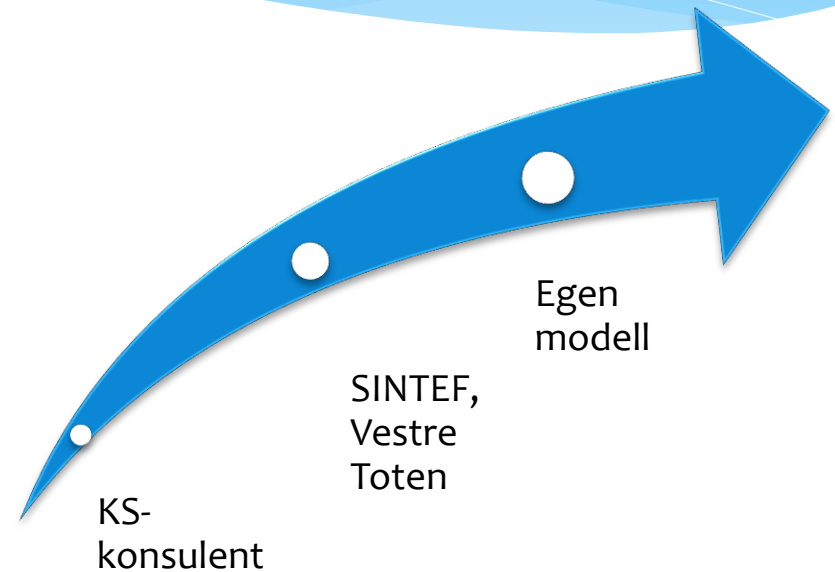


Helse og omsorg



Historikk

- * 2012- opplæring av 22 Lean veiledere.
- * 2015 prosjekt -2 ansatte i 100% stilling
- * 2017 - fast ansettelse
- * 2018 – En del av digitaliseringsteamet



Kontinuerlig forbedring



VÅRE VERDIER
Åpenhet og Respekt
Engasjement
Ansvarlighet
Læring og utvikling



FORBEDRINGSTAVLE

KONTINUERLIGE
FORBEDRINGER

MÅLEPUNKTER

RESULTAT

OVERORDNET MÅL

LIVSGLEDE -
SERTIFISERING 9.MAI

BUDSJETT BALANSE
HØYT NÆRVÆR

AVDELINGENS MÅL

GDUT ARBEIDSMILJØ
RESPEKT, TRYGGEHET
OG FORUTSIBARHET
TIL VÅRE TJ. NOTAKEKE

SAMARBEID PÅ TVERS
AV RUTER/ETASJE

TILBY HJELP - OM
HORDREU/FORDELINGSNOTE

BESKJEDER SOM STÅR I DOKA -
DELBERE VIDERE OM MAN
IKKE KAN UTFØRE SELV

MÅL FOR INNFØRING AV FORBEDRINGSTAVLEN

Lage system, rutiner, prosedyrer slik at
vi alle får en god arbeidsveidag.
Videre vise oss hva vi jobber med til
enhver tid, hvor vi er i prosessene.

AGENDA FOR TAVLEMØTE

- INPUT PÅ LØSLEVEN
- STATUS / DAGEN
- TILFALL / FOR
- STATUS /
- STATUS /
- STATUS /

Planlegge
«Plan»

Utføre
«Do»

Kontrollere
«Check»
«Study»

Korrigere
«Act»

2018	Jan-18	Febr-18	Mars-18						
SYKEFRÅVER	9,8	8,2	5,2						
ANSATTE MED 0 FRÅVER - 100% TILSTEDE	Hilmar Siv Hilde Siv Hilde Siv Hilde Siv Hilde	Hilmar Siv Hilde Siv Hilde Siv Hilde Siv Hilde	Hilmar Siv Hilde Siv Hilde Siv Hilde Siv Hilde						

OPPGAVER

SPØRREUNDERSØKELSE
LIVSGLEDE

LIVSGLEDE EVALUERING
KALENDER

KS-LÆRING: OPPRETTE PROFIL
+ HÅNDHIGIENE

AVVIK

Spille timelisten

ANSVAR	LIFE 15	LIFE 16							
ALLE	27/28	28							
SEKUNDER	15/28	28							
ALLE	21	21							

ANSVAR									
ALLE									

GEVINSTER

Gevinst/effekt av oppgaver-forbedringer
AVD: Dato:

No. Beskriv oppgaven-forbedringen: Gevinst/effekt

UTFØRTE TILTAK/ FORBEDRINGER

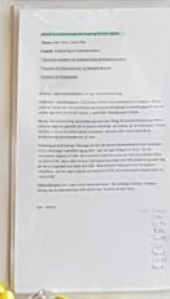
TILTAKSPLAN



FORBEDRINGS- FORSLAG

FOKUSOMRÅDER

- Risikoverdning
- Livsdele
- KS-læring
- Vernerunde april 2018



Harstad kommune
Attraktivt hele livet

Tavle hjemmetjenesten

Mål	Uke	Uke	Uke	Uke	Ansvar	HMS-Gruppe
Utvikling EVØDOS					Anette Ann/Siri	
Evalvering Måned: MARS					Tina	
Evalvering Feb. Jan.					Tina	
Sjekkliste NY pasient					Tina	
OPPLæring etter Plan					Alle	
NÆRVÆR						

Enhetsleders tavle

DATO / TÅLENSJEC:
20/5 - 29/5 - 17/6
25/9 - 21/10 - 27/11
18/12

*LOALITET
*TA INITIATIV TIL FORBEDRING OG LØSNINGER
*DELING OG FORMIDLING AV INFORMASJON
OG KUNNSKAP

OVERORDNET
MÅL

FAGLIG
FORSVARLIG
TJENESTE

ENHETENS
MÅL

1. TRYKTE OG COET ARBEIDSMÅL
2. BRUKERENS BALANS
3. GOD SERVICE TIL ALLE LED
4. REDUSERT SØRTRU
5. SANTIFISERTE LANGLEVENHET

	JAN	FEB	MARS	APRIL	MAI	JUNI	JULI	AUG	SEPT	OCT	NOV	DES	Indikatorkrav VHP/annet krav/mål
ØKONOMI	/	+0,810	+1,240	+1,172	+1,246	=+1,908							
OVERTID	/	514	688	1,013	1,463								
SYKEFRAVÆR	11,7	11,4	10,7	9,6	10	10							Under 10%
MEDISINAVVIK	21/10	14/10	26/60	20/70	15/50	7/90							Under 25 alv. el. svært alv. feilmedisinering
HMS-AVVIK Når i samarbeid med helsepersonell m.	6	0	2	3	5	4							
FALL n/kade & m/kade	6/3	17/5	32/10	28/3	16/7	14/4							Under 50 fall m/skade
Samhandlingsavvik	1	0	2	1	1	0							
Liggedøgnstatistikk	96,7	96,1	94,8	97,5	96,3	95,6							
ERNÆRINGSSTATUS			107										
FALLRISIKO			66										
ANT. LMG			63										Over 200
VERNERUNDE													
BRANNØVELSER													
DRIFTSPLAN/ OPPLERINGSPLAN	1/3-ferdig		Mai				Sept.				Nov.		x 2 pr. år
SERTIFISERING/ RESERTIFISERING	17/4 - 18/4 - 24/4 - 25/4 - 26/4 - 8/5 - 9/5						Frist handlingsplan				Frist rapp. nov.		x 4 pr. år

Hva ser vi så langt

- * Viktig med forankring
- * Flere ledere er tryggere og snakker høyt om sykefravær
- * Gjennomgang av driftsplan- på personalmøter
- * Forslag til forbedringer- blir satt i system- ansvar og dato for gjennomføring. MDI
- * Det snakkes og jobbes med verdiene våre
- * Myndiggjorte medarbeidere. Ansatte vokser på å få ansvar og bli gitt tillit. Det har vist seg at mange har skjulte egenskaper.
- * Det stilles spørsmål med egen praksis i mye større grad enn før



Må jobbes med kontinuerlig

- * Være tett på leder og ansatte.
- * Ansatte er fortsatt tvilende
- * Se gevinsten/ effekten
- * Viktig å følge opp arbeid som er igangsatt
- * Noen ledere klarer ikke å følge opp det arbeidet som kreves.
- * Vi må være tålmodig, ha køen med oss.

Hva har vært viktig på vår ferde?

- * Det å bli forsket på har vist at vi er på riktig vei
- * Bli kjent med andre sine erfaringer
- * Åpne opp for læring og andres suksess
- * Intern forankring og utholdenhet
- * Lytt til andre for å komme videre
- * Velg din egen vei og form
- * Vær ærlig og modig





Harstad kommune
Attraktivt hele livet

Forbedringsarbeid med ansattes involvering i driften



Helse og omsorg



Tavle hjemmetjenesten

Mål	Uke	Uke	Uke	Uke	Ansvar	HMS-Gruppe
Utvikling EVØDOS					Anette Ann/Siri	
Evalvering Måned: MARS					Tina	
Evalvering Feb. Jan.					Tina	
Sjekkliste NY pasient					Tina	
OPPLæring etter Plan					Alle	
NÆRVÆR						

Enhetsleders tavle

DATO / TALENØTER: 20/3 - 29/5 - 19% 25/9 - 23/10 - 27/11 18/12		• LOJALITET • TA INITIATIV TIL FORBEDRING OG LØSNINGER • DELING OG FORMIDLING AV INFORMASJON OG KUNNSKAP													
OVERORDNET MÅL FAGLIG FORSVARLIG TJENESTE	ØKONOMI	JAN	FEB	MARS	APRIL	MAI	JUNI	JULI	AUG	SEPT	OKT	NOV	DES	Indikatorkrav VHP/annet krav/mål	
		/	+0,810	+1,240	+1,172	+1,246	=1,908								
	OVERTID	/	514	688	1,013	1,463									
	SYKEFRAVÆR	11,7	11,4	10,7	9,6	10	10							Under 10%	
	MEDISINAVVIK	21/10	14/10	26/10	20/7/10	15/5/10	7/9/10							Under 25 alv. el. svært alv. feilmedisinering	
	HMS-AVVIK alt. arbeidsulykke, ferdselsulykke, m.	6	0	2	3	5	4								
	FALL u/akutte & m/akutte	6/3	17/5	32/10	28/3	16/7	14/4							Under 50 fall m/skade	
ENHETENS MÅL 1. TRYKT OG ODET ARBEIDSMILJØ 2. BUDGETTAVISE BALANSE 3. GOD SERVICE I ALLE LEDER 4. REDUSERT SYKEFRAVÆR 5. SENTIFISERTE KANSJELLISTER	Samhandlingsavvik	1	0	2	1	1	0								
	Liggedøgnsstatistikk	96,7	96,1	94,8	97,5	96,3	95,6								
	ERNÆRINGSSTATUS			107											
	FALLRISIKO			66											
	ANT. LMG			63										Over 200	
	VERNERUNDE														
	BRANNØVELSER														
	DRIFTSPLAN/OPPLÆRINGSPLAN	1/3-ferdig		Mai		Sept.		Nov.						x 2 pr. år	
	SERTIFISERING/RESERTIFISERING	17/4 - 18/4 - 24/4 - 25/4 - 26/4 - 8/5 - 9/5		Frist handlingsplan		Frist rapp. nov.								x 4 pr. år	

Risikotavle i sykehjem

VÅRE VERDIER
ÅPENHET OG RESPEKT
ENGASJEMENT
ANSVARLIGHET
LÆRING OG UTVIKLING

Driftsplan

Beboermøte

VERORDNET
MÅL

VDELINGENS
MÅL

Fagdag

Kompresjonsundervisning
Tirsdag 18. juni kl. 12.30-14.00
Sted: Østergaten 4, 2. etasje
Hensikten med kompresjonsundervisningen er å gi pasienter og pårørende kunnskap om kompresjon og hvordan den kan håndteres.
Teori og praktiske øvelser
Lær: Anne for Eddy and her team og med oss.
Velkommen!
BANDAGIST.1

Løpenr	Vekt	Ernæring	falskvisdom	Løpenr	Vekt	Ernæring	Fall R.
7341	7/6-19	6/2-19	8.6.19	6548	29/5-19	26/4-19	26/4-19
5864	5/6-19	25/2-18	22/5-19	7742	29/5-19	29/4-19	—
6208	5/6-19	1/3-19	22.5.19	5445	23/6-19	20/3-19	12/3-19
4698	6/6-19	25/2-18	8.6.19	3472	31/5-19	22/3-18	26/3-19
6311	3/6-19	17/2-19	13/3-19	4020	10/5-19	26/4-19	15/3-19
7025	5/6-19	28/2-19	22/5-19	3592	29/5-19	5/2-19	—
6623	6/6-19	29/3-19	13/3-19	5565	24/6-19	21/5-19	—
				3182	30/5-19	20/3-19	—
4277	1/8/6	6/1-19	23/3-19				
2567	15/6	27/3-19	19/3-19				
1555	15/6	14/1-19	14/4-19				
1315	15/6	6/1-19	31/3-19				
4590	15/6	14/1-19	11/4-19				
6016	15/6	6/1-19	31/3-19				
5415	19/6	6/1-19	23/3-19				
2334	15/6	14/1-19	14/4-19				

Min tavle

VÅRE VERDIER
 ÅPENNET - RESPEKT - ENGASJEMENT - ANSVARLIGHET
 LÆRING OG UTVIKLING

OVERORDNET MÅL

FORBEDRING OG UTVIKLING

AVDELINGENS MÅL

Oversikt og struktur
 Refleksjon
 Kommunikasjonsflyt

OPPDATERT FREMDRIFTSPLAN

BRUKE RIKTIG METODE/ VERKTØY
 GOD OG STYRT PROSESS

Omstilling 2022

Handwritten notes and diagrams related to organizational change.

FRISTER

Bemenningsutvalget 20.09.19
 Reduksjon andel ledig for 20.06.19

Festivalen 2019

Poster for Festivalen 2019, 15. - 20. september.

Estimering.

10 FAKTOR

Handwritten list of 10 factors.

NOVEMBER DESEMBER

Tjenestedesign

Diagram showing service design process with 'livestegene' (steps).

Servicestorgene 2019

intervju guide
 intervju besøkende
 Intervju ansatte
 Bilder
 Story board
 ABY-verdierne / tjenestevise
 oppfølging ledere

Handwritten notes and diagrams.

AKTIVITET

Omstilling 2022

STED	REKTE	KURSUTGANG	BEREKNING
Renhold	●	●	●
Belysningsbort	●	●	●

Oppsett tavler

STED	REKTE	IMPACT	OPPLØSING
PERSENTIELLOUTVALGET	●	●	●
SOUVEREN	●	●	●
Boligkomiteen	●	●	●
Hi-Fi Samle	●	●	●
Start 5	●	●	●

Bestille utstyr

Bergsodden → tefp
 datter → netter opp og tavle
 Oppgaver → oppsett av tavle

Foredrag

19/9 Verdistem

KURS

Prosessutluder 2020

UTFØRTE TILTAK/ FORBEDRINGER

Table with columns for tracking implemented measures and improvements.

Formingsplan

Diagram showing a 2x2 matrix with blue, green, red, and yellow quadrants.

FORSLAG

Three yellow sticky notes with handwritten suggestions.

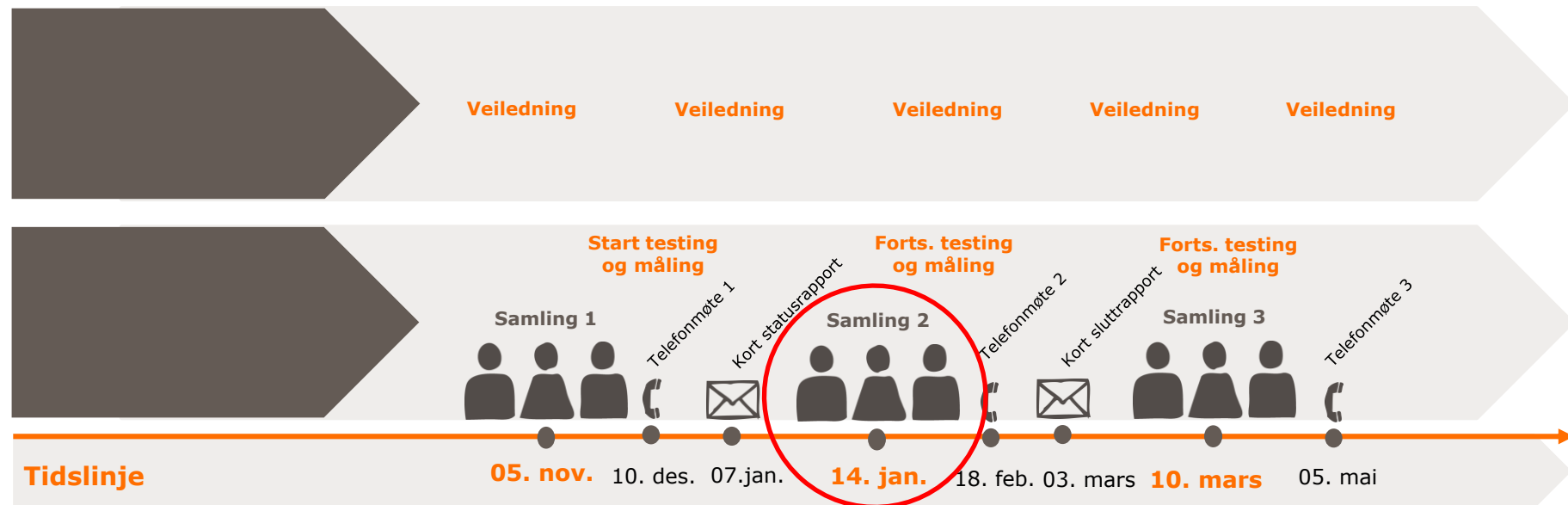
Kjært barn har mange navn.

- Forbedringstavle
- Driftstavle
- Drift og forbedringstavle
- Arbeidstavle
- Risikotavle
- Utviklingstavle



Harstad kommune
Attraktivt hele livet

Læringsnettverk Ledelse av pasientsikkerhet



Program for dagen

Kl. 09.00 – 09.30 Registrering

Kl. 09.30 – 09.40 Repetisjon av foreslåtte tiltak/verktøy for å lede pasientsikkerhetsarbeid

- Tavlemøter
- Pasientsikkerhetsvisitter
- I pasientens fotspor

Kl. 09.40 – 10.20 Videforelesning av Kari Anette Os, Helsedirektoratet (vurderingsverktøy)

Kl. 10.20 – 10.30 Pause

Kl. 10.30 – 11.15 Utviklingsarbeid i Harstad Kommune - Monica-Katrine Lindstrøm, Harstad Kommune

Kl. 11.15 – 11.30 Pause

Kl. 11.30 – 12.15 Ansattes involvering i driften, ved bruk av tavler - Monica-Katrine Lindstrøm, Harstad Kommune

Kl. 12.15 – 13.00 Lunsj

Kl. 13.00 – 14.00 Workshop – Tavler

Kl. 14.00 – 14.15 Pause

Kl. 14.15 – 15.15 Forbedringsteamenes time

Kl. 15.15 – 15.30 Til neste samling 10.03.2020 (Kulturfabrikken Sortland)

Ledelse av pasientsikkerhet



I læringsnettverket skal forbedringsteamene teste en til tre tiltak (styringssystem), for å følge opp kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid i eget tjenesteområde.

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

14. januar 2020



MÅLSETTING

Områder vi skal jobbe med

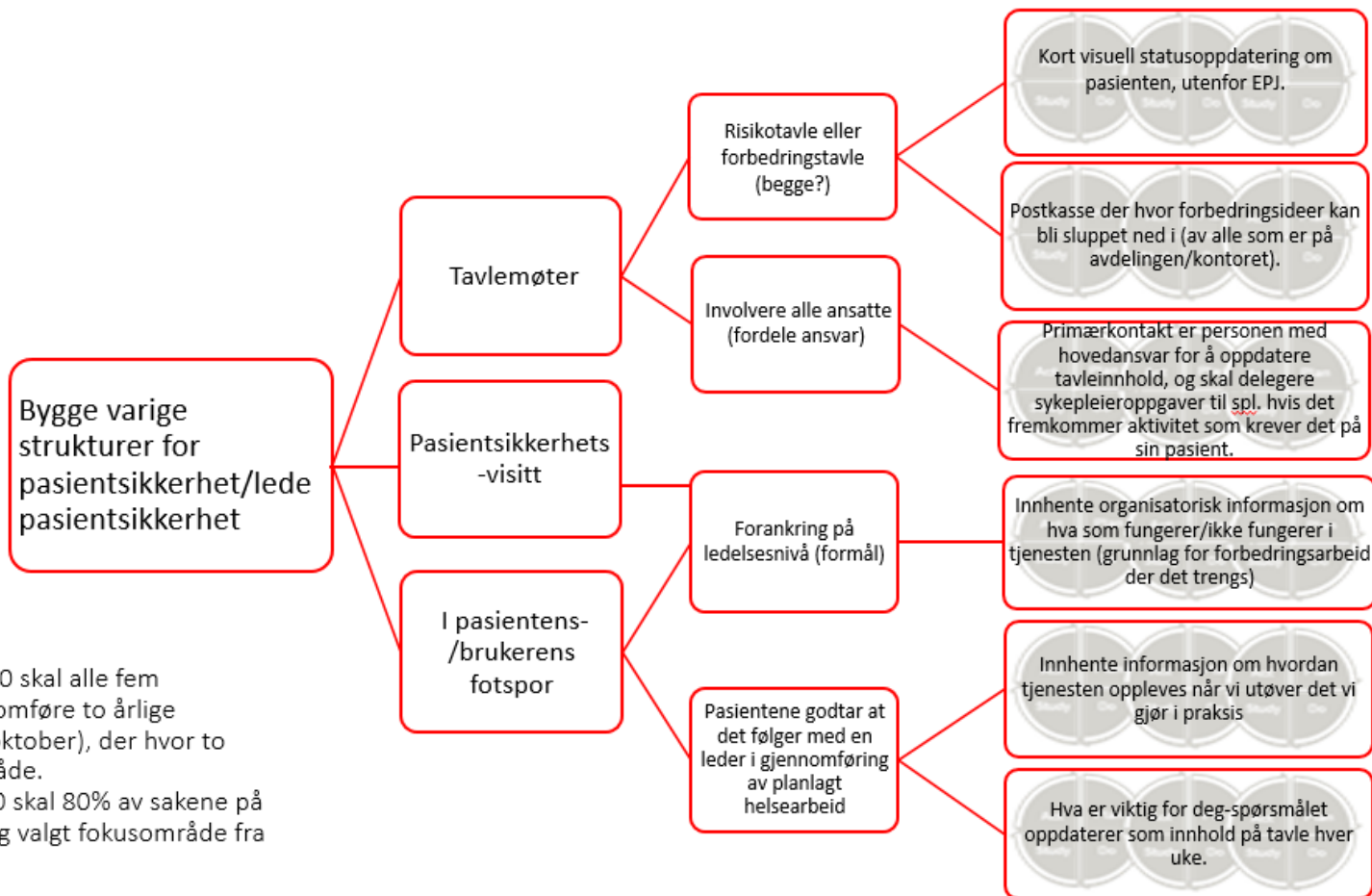
PRIMÆRDRIVERE

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.

Andel pasienter som hver tirsdag innen klokken 11.00 er oppdatert av primærkontakt på risikotavlen.

Etterlevelse av ukentlige korridormøter framfor forbedringstavlen der alle møter opp.

Antall forbedringsideer i postkasse.

Alle gangene 7 stegs møtemetode har vært suksessfull.

Mye hjelp i ferdige maler på

<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/ledelse-av-pasientsikkerhet>

-  Vedlegg 1 - brevmal i pasientens fotspor
-  Vedlegg 2 - brevmal i pasientens fotspor
-  Vedlegg 3 - brevmal i pasientens fotspor
-  Vedlegg 4, del 1 - mal i pasientens fotspor
-  Vedlegg 4, del 2 - mal i pasientens fotspor
-  Vedlegg 5 - eksempel fremdriftsplan etter pasientens fotspor
-  Vedlegg 6, del 1 - invitasjon til pas.sik.visitt
-  Vedlegg 6, del 2 - invitasjon til pas.sik.visitt
-  Vedlegg 7 - forslag til spørsmål under pas.sik.visitt
-  Vedlegg 8 - tre faser som danner grunnlaget for vellykkede pas.sik.visitt

...et verktøy for å vurdere status for arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring..

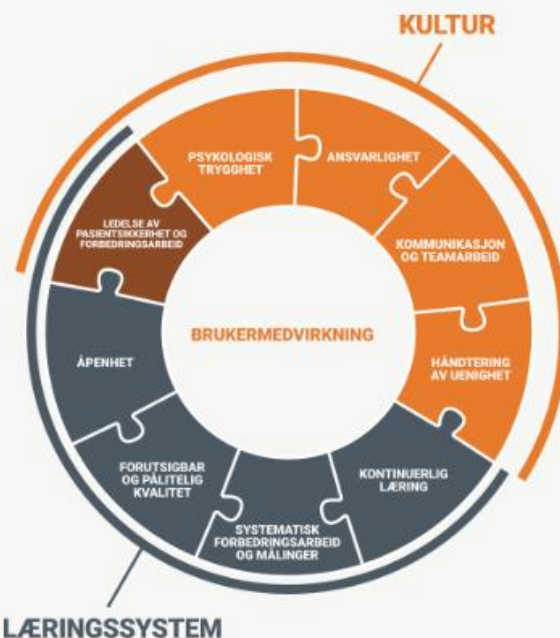
Verktøyet kan brukes på ulike organisatoriske nivå og i alle deler av helse- og omsorgstjenesten.

Verktøyet inneholder ti områder vi vet er viktige for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Gjennom dialog og en systematisk tilnærming skårer enheten seg selv på de ti områdene.

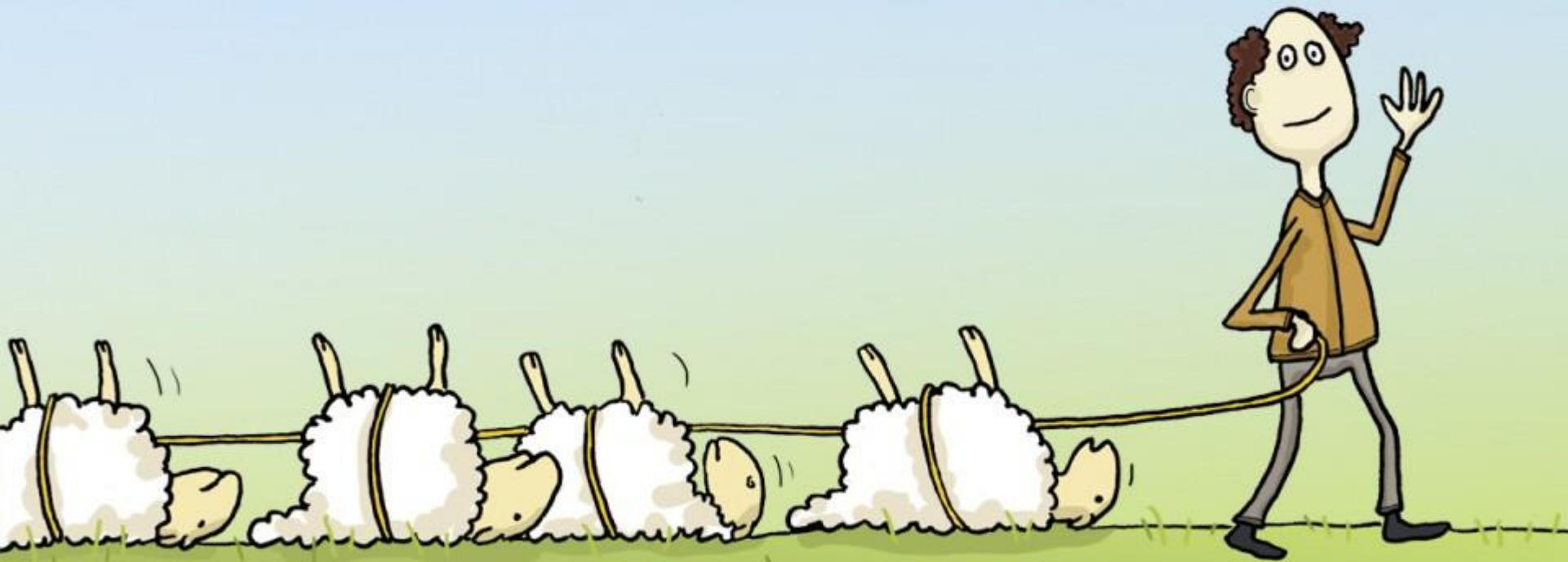
Skåringen gir grunnlag for å identifisere forbedringsområder og sette i gang forbedringstiltak. Etter en tid kan scoringen gjennomføres på nytt, og dermed kan utviklingen følges over tid.

Snakk om forbedring!





Tenkte å unngå et temmelig langt foredrag.....



...og heller holde et kort innlegg om Tena...



...TEMA - Tavler



Hva er et tavlemøte?

Et tavlemøte er en metode som består av en tavle (et verktøy) og et møte (en aktivitet). Det finnes tavler som er verdifulle uten en regelmessig dialog om innholdet på tavlen, og det finnes møter som er verdifulle uten at agendaen for møtet er synliggjort på en tavle.

Risikotavle

På risikotavler settes pasientenes navn/romnr./id.nr. i første kolonne, og så ulike innsatsområder som fall, sår, urinveisinfeksjon og ernæring i de neste kolonnene. Helsepersonell har et kort møte hver dag hvor de gjennomgår de ulike områdene og vurderer risiko og tiltak.

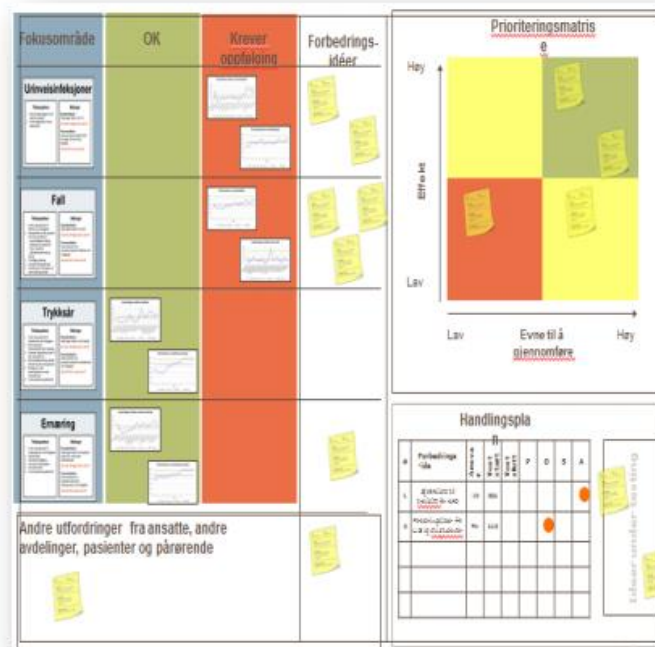
Forbedringstavle

Formålet med en forbedringstavle er å skape et overblikk over status for pågående forbedringsarbeid. Tavlen utgjør et verktøy for/tilrettelegger for/er et utgangspunkt for en systematisk og regelmessig dialog (møte) om hvordan forbedre eksisterende praksis. Dette tavlemøtet bidrar til at man i fellesskap kommer frem til, prioriterer, tester og vurderer forbedringsideer. Ideene kan komme fra de ansatte selv, pasienter/brukere og/eller pårørende.

To tavler – to formål

Bruker/Pasient	Rom	Hva er viktig for meg?	Hva er viktig for meg i dag?	Fall - ramsejekkliste	Trykksår - vurd. av hud	Antibiotika - vurd. av indikasjon
	101	Å spise middag kl. 16.00	Snakke med søster min. ✓			
	103	Å se og snakke med barnebarn	Snakke med søster min.			
	104	Å bidra til fellesskapet	Snakke med søster min. ✓			
	105	Musikk	Snakke med søster min.			
	107	Musikk	Snakke med søster min. ✓			

Risikotavle



Forbedringstavle

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

Risikotavle

PERSONAL ID FAMILIE NUMMER KONTAKT NUMMER	TAL DAG NUMMER KONTAKT NUMMER	DAGENS MENS-VERD	HVA ER VIKTIG FOR DEG? Hvad er vigtigt for dig? Hvad er vigtigt for dig?	FORBEDRING OPRÅD PÅ PASIENTMÅL	BOLIG	HJULPE- MIDLER	FORBEREDELSE TIL UTSKRIVELSE OVERFØRING	SAMTYKKE	IPLOS	DELIR	BETH AVKL	Trykknår	Fall	Urtensivitetsskilt E 40	MUST
47	2	216	- Løse tråd ved bælt - Løse tråd ved bælt			Nullator	mail sendt 29.9 - BUCARON								low værdi 79 højde 180
50-1	1	216	- Løse tråd ved bælt - Løse tråd ved bælt			Nullator	mail 11.6 kl 13.15 - PARKEN								
50-2	0	216	- Løse tråd ved bælt - Løse tråd ved bælt			Krykker	mail sendt 14 - KILLEN								modet
53	1	216	- Løse tråd ved bælt - Løse tråd ved bælt			Nullator	mail 16 kl 13 - PRANES								høj
56	2	216	- Løse tråd ved bælt - Løse tråd ved bælt			Nullator	mail 16 kl 13 - PRANES								høj
57-1	1	216	- Løse tråd ved bælt - Løse tråd ved bælt			Nullator	mail sendt 29.9 - SENTRUM								høj
57-2	2	216	- Løse tråd ved bælt - Løse tråd ved bælt			Nullator	mail 46 - BUCARON								høj
65	3	216	- Løse tråd ved bælt - Løse tråd ved bælt			Nullator	mail 46 - BUCARON								høj
66	1	216	- Løse tråd ved bælt - Løse tråd ved bælt			Nullator	mail 46 - BUCARON								høj
67	2	216	- Løse tråd ved bælt - Løse tråd ved bælt			Nullator	mail 46 - BUCARON								høj
70	2	216	- Løse tråd ved bælt - Løse tråd ved bælt			Nullator	mail 46 - BUCARON								høj

Bruker/Pasient	Rom	Hva er viktig for meg?	Hva er viktig for meg i dag?	Fall - romsjekklister	Trykksår - vurd. av hud	Antibiotika - vurd. av indikasjon
	101	Å spise middag kl. 16.00	✓ Snakke med søsteren min			
	103	Å se og snakke med barnebarn	Snakke med søsteren min			
	104	Å bidra til fellesskapet	✓ Snakke med søsteren min			
	105	Musikk	Snakke med søsteren min			
	107	Musikk	✓ Snakke med søsteren min			

Oppgave/Driftstavler



7-stegsmøtemetode

Møtet skal ikke overskride 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**



1. Hvilken tavle (en, begge eller blanding av flere)?
2. Hvis forbedringstavle, skal den henge offentlig eller skult?
3. Inndeling på tavlen (diskuter og kladd på A3-ark)
4. Skriv tavleregler
5. Farger på magneter/bruk av skravering med farger?
6. Hvor ofte skal et tavlemøte være?
7. Hvem er tavlemøte-leder (faste eller rullerende)?
8. Hvem skal være med på tavlemøte(ne)?
9. Skal noe av «tavleinnholdet» i EPJ, hvem skal overføre informasjon?
10. Hvem er ansvarlig for å holde tavlen ryddig/oppdatert?
- 11.²¹ Andre ting som er viktige å diskutere?



Forbedringsteamenes time

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**

Fremdriftsplan –kommune

Avdeling/enhet/virksomhet	
Målsetning	

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

Teamleder	Navn/e-post
Måleansvarlig	Navn/e-post

Fremdriftsplan – side 2

Avdeling/enhet/virksomhet	
Målsetning	

Delmål	Hva skal gjøres	Hvem skal gjøre det	Når skal det gjøres
6			
7			
8			
9			
10			

Teamleder	Navn/e-post
Måleansvarlig	Navn/e-post

Fremdriftsplan – side 3

Avdeling/enhet/virksomhet	
Målsetning	

Delmål	Hva skal gjøres	Hvem skal gjøre det	Når skal det gjøres
11			
12			
13			
14			
15			

Teamleder	Navn/e-post
Måleansvarlig	Navn/e-post

Sjekkliste til samling nr. 3 (På Kulturfabrikken 10.mars. 2020)

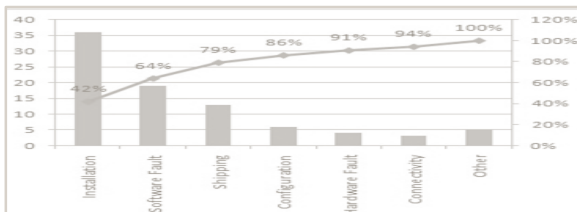
- ☐ Forbedringsteamet har gjennomført korte ukentlige gruppemøter (10-20 min.). Oppdatert kollegaene, der det ble aktuelt.
- ☐ Forbedringsteamet har utført planlagte delmål fra fremdriftsplanen siden andre samling.
- ☐ Måleansvarlig følger opp målinger, og tar kontakt ved behov for veiledning → marion.knutsen@vestvagoy.kommune.no (941 51 763)
- ☐ Teamleder har deltatt på telefonmøte 18.feb. klokken 12.30-13.30
- ☐ Forbedringsteamet har oppsummert status og forfattet kort rapport innen 03. mars. Sendes til Marion Knutsen og nærmeste leder.
- ☐ Laget en kort oppsummering for å presentere på siste samling 10. mars

[Navn på forbedringsarbeidet/-teamet]

Om avdelingen

For eksempel type avdeling, antall pasienter/senger, antall ansatte, osv...

Resultater



Nye læringspunkter

- Erfaringer så langt
- Tekst

Hva er utfordringen/problemet?

...

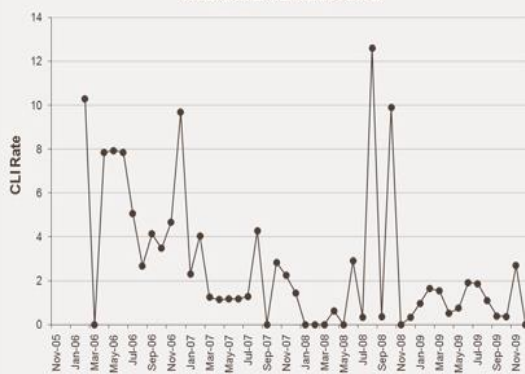
NESTE STEG

- Hva skal testes?
- Tekst

Forbedringsprosjektet på 1, 2 og 3

1. Mål
2. Målinger
3. Hvilke tiltak skal føre til at målet nås?

AVERAGE CLA-BSI RATE



Forbedringsteamet

- Navn Navnesen, yrkestittel, teamleder
- Navn Navnensen, yrkestittel, måleansv.
- Osv...

Nærmeste leder

- X

Selvevalueringstill (1-5)

X

Enhet/Dato:

GENERELL MAL - for bruk til å formidle målinger

Målinger - Hvor finnes de/hentes fra?

00.00. Måleindikator

Sept. 19

Okt. 19

Nov. 19

Des. 19

Jan. 20

Feb. 20

Mars 20

Resultater/tidsserier

00.00. Måleindikator

Sept. 19

Okt. 19

Nov. 19

Des. 19

Jan. 20

Feb. 20

Mars 20

00.00. Måleindikator

Sept. 19

Okt. 19

Nov. 19

Des. 19

Jan. 20

Feb. 20

Mars 20

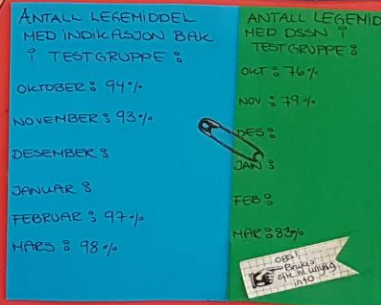
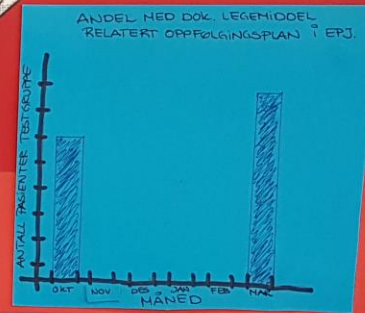
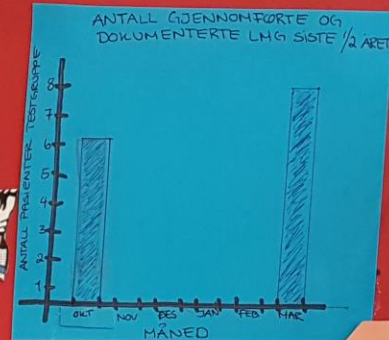
Sett av tid på teammøter til å diskutere resultater. Målinger bør presenteres for ledere og ansatte ut over teamet som er berørt av og/eller involvert i endringer, for eksempel på tavlemøter.



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland

I trygge hender 24
pasientsikkerhetsprogrammet.no 7

RESULTAT:



MÅLINGER PÅ SAMSTEMMING IKKE FØRT DA LEGERKONTORET SLETTET ALLE SINE LISTER

Utfordringer / Problem.

- Samstemming legemiddel mellom legekantor, sykehjem og sykehus.
- Manglende kunnskap om medisiner som gis
 - hvorfor/indikasjon, administrering (deles observasjon og bivirkninger spesielt etter oppstart ny medisin eller seponering)
- Oppfølging inntak, årskontroll, 1/2 årskontroll, blodprøver og medikament spill.
- Mange og unødvendige medikamenter.
- Synonympreparat.

VI BESTENTE OSS FOR AT EN AVDELING SKULLE VÆRE FORSGRUPPE. DETTE BLE GR 2. HER BOR 8 PAS. 80 OG REHAB.

Uke 10-11-12



MÅL: Hva er det vi ønsker å oppnå?

- Trygghet hos pasient og personal.
- God kunnskap om indikasjon, administrering og bivirkning
- Mindre feil medisinering.
- Mindre medisiner.
- Færre avvik.
- Gode rutiner som er godt i

TILTAK:

- Legekantor har sluttet med
- Fylt ut DSSN og indikasjon
- Utkarbidet sjekkliste til
- Halvårskontroll under utkarbidelse
- Interaksjonsanalyse v/innkomst og årskontroll

MÅLINGER:
VIL ENDRING MEDFØRE FORBEDRING
- VI HADDE SKJELT AVIK PÅ MEDISIN LISTER MELLOM LEGERKONTOR OG SYKEHJEM. SOM HADDE HJELPET FEILMED
- FLERE SOM DRØYTE UT MEDISIN
- UTDRAGTE SYKEHISTORIER, BÅDE OM KJØLT
- 25 MEDISINER (SISTE 1/2 ÅR) (SISTE 1/2 ÅR)
- HADDE IKKE 1/2 ÅRS KONTROLL
- IKKE INNVARBERET RUTINE FOR INTERAKSJONSANALYSE

Forbedrings- teamet

- Eva Skoglund
- (Tilsynslage)
- Maria Helen Aspink
- (Sykepleier)
- Cathrine Nedreid
- (Nærmeste leder)

NYE LÆR

Erfaring så

Gode tilbak

fra personal

god DSSN, o

innkomst, 1/2

Oppdager st

må ha ny/be

Dette hadde

ikke oppdag

ettersom vi

ikke jobbet

med dette....

NESTE STEG:

- Gjør flere meldinger
- Oppretthold
- gode rutiner som
- satt opp i bilale
- Verktøyet arbeidet
- på de andre avd.
- god opplæring nylig
- Synonymprep.
- DSSN og administras-
- jonomate (deling/
- knusing / etc) m/ jobbes
- mere med

Selvevaluering: