



**Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester**
Nordland

Pasientsikkerhet – et nasjonalt satsningsområde

«Viktig at ledere går i front»

Bjørn Guldvog, helsedirektør (2019)

Ledelsesforskriften (2017)

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023)



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland



Vestvågøy kommune
– i forkant



Vefsn
kommune
– Et steg foran

Overordnet visjon

«En trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste, uten skade,
for hver pasient og bruker, alltid og overalt»

Bjørn Guldvog, helsedirektør(2019)



**Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester**
Nordland



Vestvågøy kommune
– i forkant



**Vefsn
kommune**
– Et steg foran



Læringsnettverk Ledelse av pasientsikkerhet

Arbeidsseminar med tre samlinger over 8 måneder

Forbedringsarbeid lokalt mellom samlingene

Systematisk jobbing for å forebygge og forhindre pasientskader som kan unngås



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland



Vestvågøy kommune
– i forkant



Vefsn
kommune
– Et steg foran



Program for dagen

09:30 – 09:45	Velkommen
09:45 – 10:00	Introduksjon til I trygge hender, Kari Sunnevåg USHT Hordaland
10:00 – 10:30	Ledelse av pasientsikkerhet, Kari Sunnevåg
10:30- 10:45	Pause
10:45 – 11:30	Forbedringsmodellen og målinger, Hege Huseklepp USHT Horda
11:30- 12:15	Lunsj
12:15 – 13:00	Praktisk innføring av tiltakene, Hege Huseklepp
13:15– 14:00	«Slik har vi gjort det hos oss», Hege Huseklepp
14:00-14:15	Pause
14:15 – 15:15	Utarbeidelse av fremdriftsplan, Kari Sunnevåg
15:15 – 15:30	Oppsummering og veien videre



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland



Vestvågøy kommune
– i forkant



Vefsn
kommune
– Et steg foran

Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Videreføring av arbeidet

I trygge hender 

Fra kampanje til nasjonal handlingsplan

2011-2013:

Pasientsikkerhets-
kampanjen

2019-2023:

**Nasjonal plan for
pasientsikkerhet**

2014-2018:

Pasientsikkerhets-
programmet



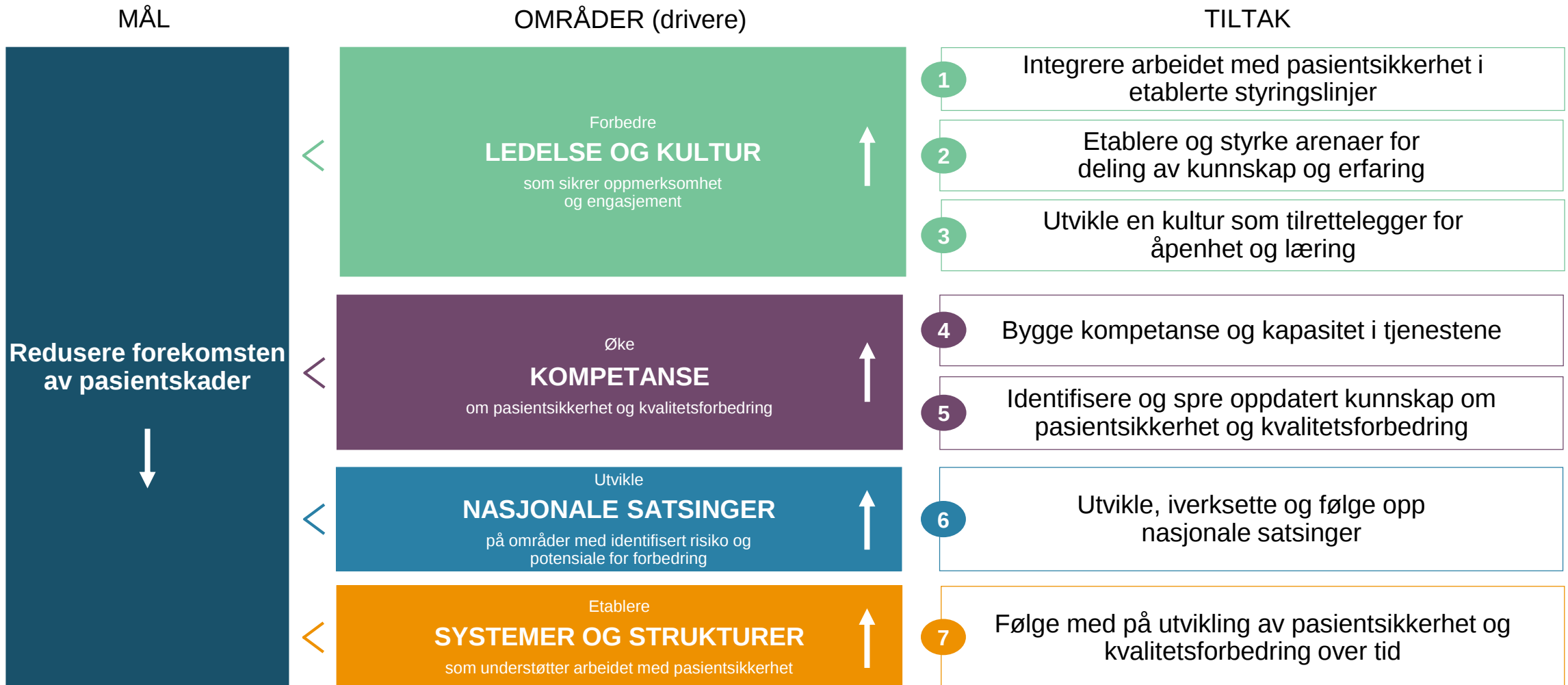
Fra program til drift

Programmet er avsluttet,
men arbeidet **fortsetter**.

Pasientsikkerhets- og
kvalitetsforbedringsarbeidet skal
iverksettes og følges opp i **ordinære
strukturer**.

Merkevaren **I trygge hender 24-7**
beholdes.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring



Helsedirektoratets oppdrag i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

- Koordinere og følge opp den nasjonale innsatsen
- Følge med på utvikling i over tid
- Iverksette og samordne nasjonale satsinger
- **Ha en nasjonal støttefunksjon**
 - Sikre tilgang til kunnskap, materiell og verktøy
 - Koordinere innholdet i forbedringsmetodikk og samarbeide om opplæringstiltak
 - Samstemme metodikk og anbefalinger om systemer og verktøy

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

2019-2023



Vedlegg 1: Aktører og fordeling av ansvar *

Aktør	Fordeling av sentrale oppgaver
Helse- og omsorgsdepartementet	- Opprettholde nasjonal oppmerksomhet på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring via politisk fokus, oppdragsdokumenter, stortingsmelding og budsjetter m.m. - Uttrykke konkrete forventninger og stille krav til pasientsikkerhet og forbedringsarbeid i relevante styringsdokumenter og -arenaer - Etterspørre integrering av arbeidet med pasientsikkerhet i etablerte styringslinjer, gjennom blant annet oppdragsdokumenter o.l. - Gi tydelige føringer til koordinering av nasjonale satsinger og initiativ relevant for pasientsikkerhet, og etterspørre at disse sees i sammenheng ved utvikling av nye initiativer - Samarbeide med Kommunal- og moderniseringsdepartementet om bred politisk forankring og rammebetingelser for pasientsikkerhet og forbedringsarbeid i kommunal helse- og omsorgstjeneste
Regionale helseforetak	- Følge opp det overordnede ansvaret for at foretakene har gode styringssystemer som gitt i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene - Inkludere oppfølging av pasientsikkerhet i styrene i henhold til oppdragsdokumenter og Riksrevisjonens undersøkelse - Rapportere til nasjonale myndigheter om aktivitet og resultater på pasientsikkerhet, som oppfølging av undersøkelsen ForBedring og pasientskader målt ved GTT-metoden - Bidra til utvikling av system for å følge med på resultater av pasientsikkerhet og forbedringsarbeid nasjonalt, regionalt og lokalt - Implementere og spre eksisterende nasjonale satsinger, inkludert oppfølging av aktiviteter og resultater i egen region - Bidra inn i utvikling av nye nasjonale satsinger, og ta grep for å gjennomføre og følge opp disse satsningene i egen region - Tilrettelegge for og etterspørre åpenhet om erfaringer om pasientsikkerhet og forbedringsarbeid - Prioritere kompetanseheving i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid, samt utvikle og videreutvikle opplæringsprogrammer - Heve kunnskap og forankre satsing på pasientsikkerhet og forbedringsarbeid hos ledere - Delta i meter og ha dialog med Helsedirektoratet om undersøkelsen ForBedring
Helseforetak	- Følge opp foretakets selvstendige ansvar for å etablere og gjennomføre styringssystem for helse- og omsorgstjenesten i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene - Rapportere til nasjonale myndigheter om aktivitet og resultater på pasientsikkerhet, som oppfølging av undersøkelsen ForBedring og pasientskader målt ved GTT-metoden - Bidra til utvikling av system for å følge med på resultater av pasientsikkerhet og forbedringsarbeid nasjonalt, regionalt og lokalt - Implementere og spre nasjonale satsinger, inkludert oppfølging av aktiviteter og resultater - Utvikle og gjennomføre nye nasjonale satsinger - Tilrettelegge for åpenhet om erfaringer om pasientsikkerhet og forbedringsarbeid - Prioritere kompetanseheving i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid, samt utvikle og videreutvikle opplæringsprogrammer - Heve kunnskap og forankre satsing på pasientsikkerhet og forbedringsarbeid hos ledere

Roller og oppgaver er definert i handlingsplanen

Alle aktører må operasjonalisere og konkretisere hva dette betyr

Videreføres:

I trygge hender

I trygge hender 

REGISTER MÅLINGER: EXTRANET >

Om oss

Aktuelt

Forbedringskunnskap

Ledelse

Målinger

Resultater

Brukermedvirkning

Materiell

Aktuelt



Meld deg på årets Pasientsikkerhetskonferansen!



"Snakk om forbedring!" - testversjon av vurderingsverktøy



Nasjonal handlingsplan styrker innsatsen for pasientsikkerhet



Forbedringsprisen 2019: Nå kan du nominere

Innsatsområder



Riktig legemiddelbruk i sykehjem



Riktig legemiddelbruk i hj. tjenesten



Samstemming av legemiddellister



Forebygging av trykksår



Forebygging av fall i helseinstitusjoner



Forebygging av underernæring



Tidlig oppdagelse av forverret tilstand



Tidlig oppdagelse av sepsis



Forebygging av urinveisinfeksjoner



Forebygging av infeksjon ved SVK



Behandling av hjemmeslag



Trygg kirurgi



Forebygging av selvmord



Forebygging av overdosedødsfall



Ledelse av pasientsikkerhet



Trygg utskriving

Kommune



I kommunene

I kommunene jobber man med tiltaksplanene innen de ulike innsatsområdene. Les mer om dette, og om konseptet pasient- og brukersikker kommuner.

Video



Tavlemøter

Regelmessige møter foran forbedringstavlen bidrar til en systematisk dialog og oppfølging av forbedringsarbeidet. I denne videoen ser du hvordan man kan gjennomføre et møte foran forbedringstavlen.

Forbedringsutdanning for leger

Publisert 20.10.2015 08:11 Oppdatert 01.04.2019 12:46

(Foto: Stig Marlon Weston)

Nordisk forbedringsagentutdanning

Publisert 12.03.2013 11:32 Oppdatert 27.10.2017 09:37

Om lag 30 deltakere fra hele landet deltok på kurs i hendelsesanalyse og pasientsikkerhet hos Helsedirektoratet tidligere i år. I oktober arrangeres det nytt kurs.

Meld deg på kurs i hendelsesanalyse

Publisert 02/07/2019 09:25

Helsedirektoratet tilbyr opplæring for helsepersonell i metoden hendelsesanalyse.

Helsedirektoratet

7

Pasientsikkerhetskonsferansen 2019

PÅMELDING >

[Om konferansen](#) [Praktisk informasjon](#) [Program dag 1](#) [Program dag 2](#)

26. og 27. september 2019 // The Qube, Gardermoen

Velg mellom 31
parallellsesjoner!



Parallellsesjon 16

For deg som vil se hvordan vi
kan designe en helsetjeneste
som faktisk er pasientenes!



I trygge hender 

[Om oss](#) [Aktuelt](#) [Forbedringskunnskap](#) [Ledelse](#) [Målinger](#) [Resultater](#)

[HJEM](#) / [AKTUELT](#) / [NYHETER](#) / PASIENTSIKKERHETSKONFERANSEN 2019 - OVER 1300 PÅMELDTE. BLI MED!



Vi har gleden av å invitere til Pasientsikkerhetskonsferansen på The Qube Gardermoen 26.-27. september 2019! Foto: Stig Marlon Weston.

Pasientsikkerhetskonsferansen 2019 - over 1300 påmeldte. Bli med!

Publisert 15/08/2019 08:00 Oppdatert 03/09/2019 08:25

Pasientsikkerhetskonsferansen 2019 går av stabelen 26.-27. september.

<https://pasientsikkerhetskonsferansen.no/>

A black and white photograph of three healthcare professionals, two men and one woman, all wearing white lab coats. They are gathered around a clipboard, looking intently at the document. The setting appears to be a hospital or clinic, with a blurred background showing a hallway and other medical equipment. The overall tone is professional and collaborative.

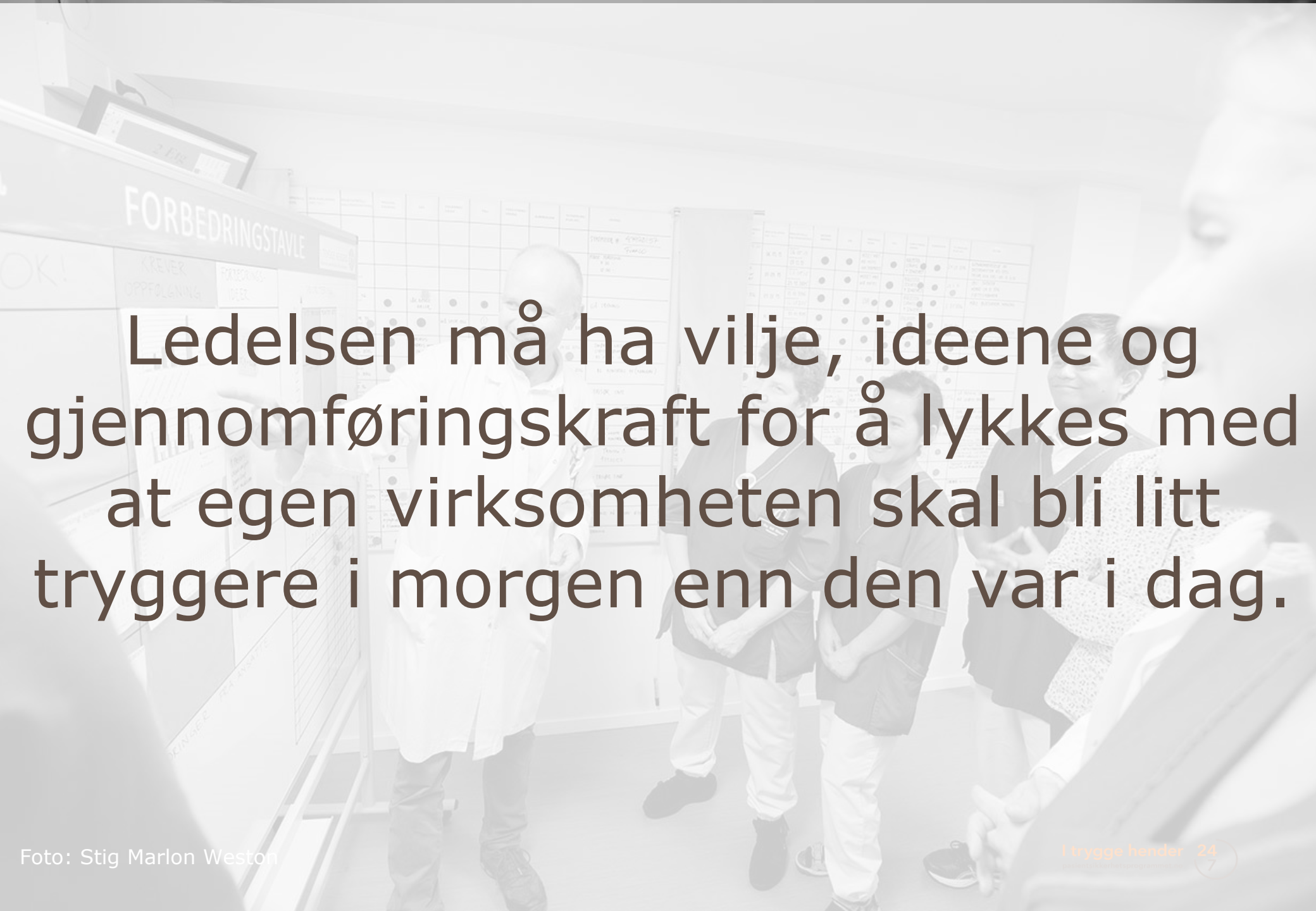
Ledelse av pasient- og brukersikkerhet

Foto: Stig Marlon Weston

I trygge hender



«Pasientsikkerhet må forankres i ledelsen for å lykkes»



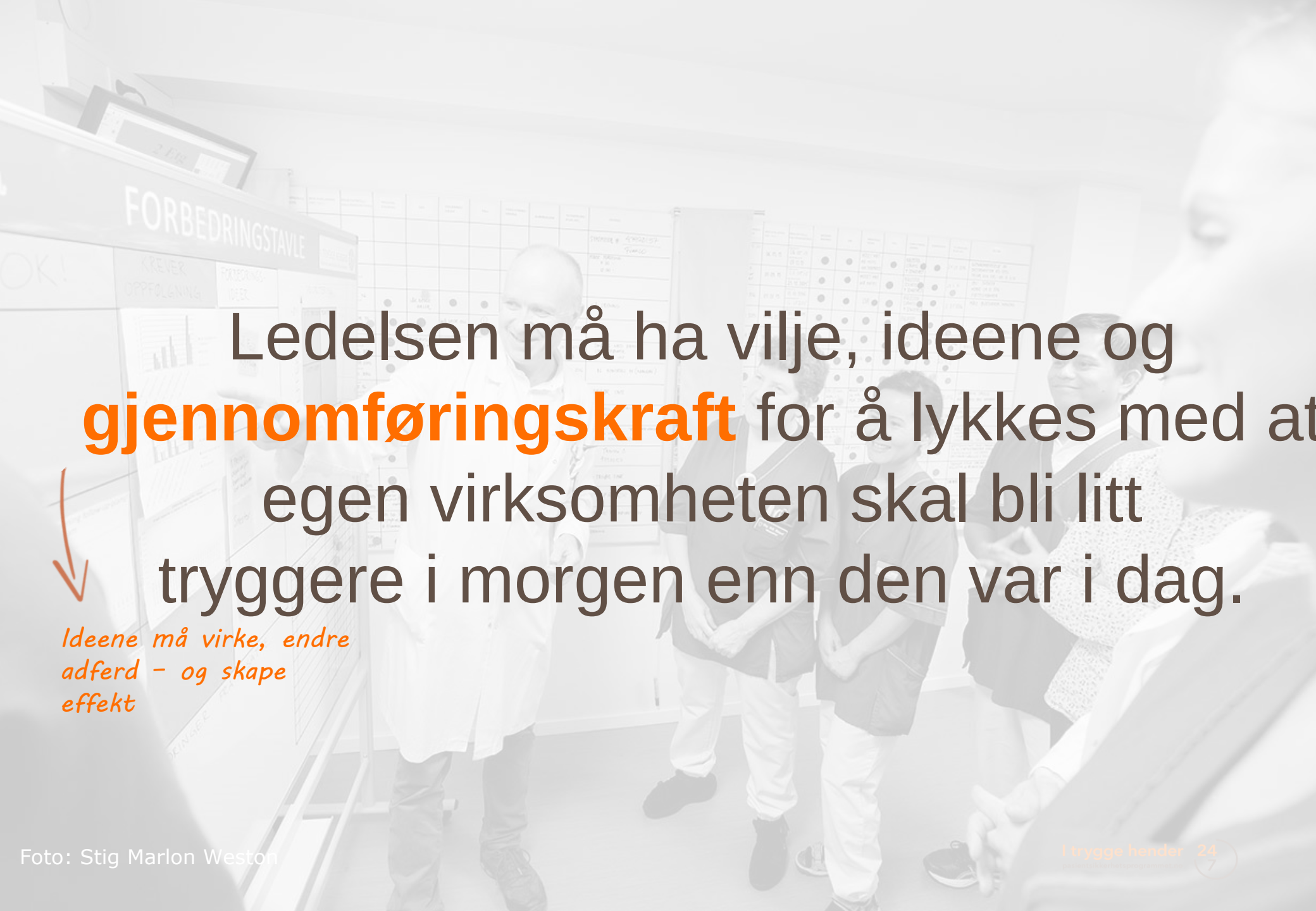
Ledelsen må ha vilje, ideene og gjennomføringskraft for å lykkes med at egen virksomheten skal bli litt tryggere i morgen enn den var i dag.

*Pasientsikkerhet er ikke
bare et medarbeiderinitiativ
som krever forankring*

Ledelsen må ha **vilje**, ideene og gjennomføringskraft for å lykkes med at egen virksomheten skal bli litt tryggere i morgen enn den var i dag.

Forbedring krever
endring – ideer om
hva som kan forbedres

Ledelsen må ha vilje, **ideene** og gjennomføringskraft for å lykkes med at egen virksomheten skal bli litt tryggere i morgen enn den var i dag.



Ledelsen må ha vilje, ideene og **gjennomføringskraft** for å lykkes med at egen virksomheten skal bli litt tryggere i morgen enn den var i dag.

↓
*Ideene må virke, endre
adferd - og skape
effekt*



Ledelsen må ha vilje, ideene og gjennomføringskraft for å lykkes med at egen virksomheten skal bli litt **tryggere** i morgen enn den var i dag.

*Mindre risiko
og mindre
pasientskader*



Ledelsen må ha vilje, ideene og gjennomføringskraft for å lykkes med at egen virksomheten skal bli litt tryggere **i morgen** enn den var i dag

Vi må vite hvor gode vi er i dag, for å strekke oss til morgendagen



Hvordan kan vi gjøre dette helt konkret?

Hva tenker dere er suksesskriteriene for god ledelse
av pasientsikkerhetsarbeid?

- 
- Sett pasientsikkerhet på dagsorden
 - Involver bruker og pårørende
 - Få oversikt og etterspør målinger
 - Skap en kultur for åpenhet og transparens
 - Bygg kompetanse
 - Vær synlig og lytt til dine medarbeidere

Ledelse av pasient- og brukersikkerhet

Kompendium med praktiske verktøy for ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste



Pasient- og brukersikkerhetsvisitter



I pasientens fotspor



Tavlemøter



Pasient- og brukersikkerhetsvisitter

Pasient og brukersikkerhetsvisitter er et ledelsesverktøy der øverste leder for en kommune/virksomhet møter de ansatte.

Hensikt: å avdekke risikoforhold og forbedringsområder ved å lytte til de ansattes tanker og opplevelser knyttet til deres egen arbeidshverdag.

En pasient- og brukersikkerhetsvisitt kan utføres overalt hvor brukere mottar helse- og omsorgstjenester, skal være avtalt på forhånd og de ansatte skal være informert om hensikten.

Under visittene diskuteres konkrete sikkerhetsutfordringer og forbedringsmuligheter i avdelingen, og man blir enige om en til tre viktige tiltak som bør iverksettes i løpet av en gitt periode. Etter at perioden er slutt følger øverste leder opp visitten for å høre om tiltakene er blitt iverksatt og har hatt ønsket effekt.



I pasientens fotspor

I brukerens fotspor er et ledelsesverktøy der øverste leder for en virksomhet fysisk følger en bruker og observerer hans eller hennes møte med virksomheten en hel dag eller deler av en dag.

Sammen med brukeren får lederen mulighet til å se virksomheten fra brukerens ståsted og innsikt i hans eller hennes behov i møte med tjenesten.

Dette ledelsesverktøyet har flere formål:

- Lytte til og involvere brukere og pårørende i utforming av tjenestene
- Sette pasient- og brukersikkerhet på dagsorden
- Definere risiko-utsatte områder hvor det er behov for forbedring



Tavlemøter

Et tavlemøte er en metode som består av:

1. en tavle (et verktøy) og
2. et møte (en aktivitet).

I pasientsikkerhetsarbeidet har vi valgt å fokusere på to typer tavlemøter; risikomøte og forbedringsmøte

Formålet med en risikotavle:

Skape overblikk over utvalgte risikoområder for pasienter og brukere. Tavlen er et verktøy for å etablere en regelmessig dialog (møte) om og oppfølging av de utvalgte risikoområdene.

Formålet med en forbedringstavle:

Skape et overblikk over status for pågående forbedringsarbeid. Tavlen utgjør et utgangspunkt for en systematisk og regelmessig dialog (møte) om hvordan forbedre eksisterende praksis.



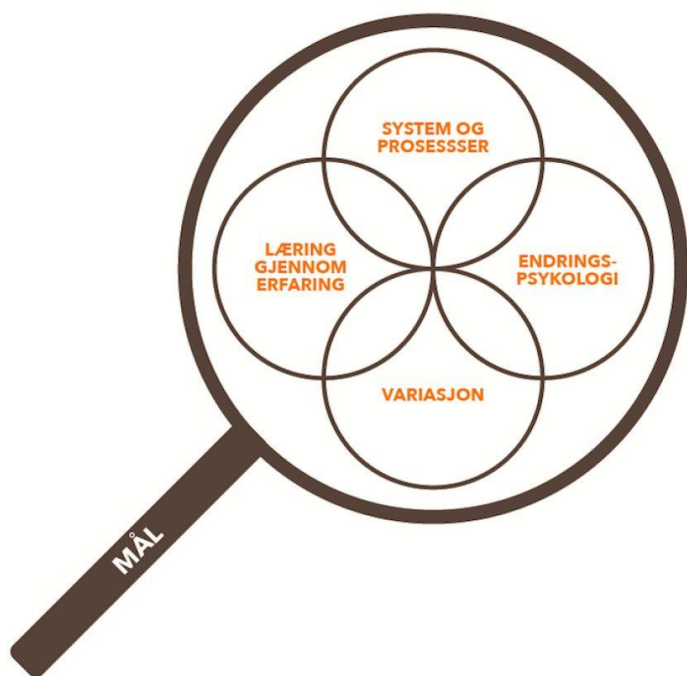
Introduksjon til forbedringsmodellen

Hege Huseklepp
USHT Hordaland



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

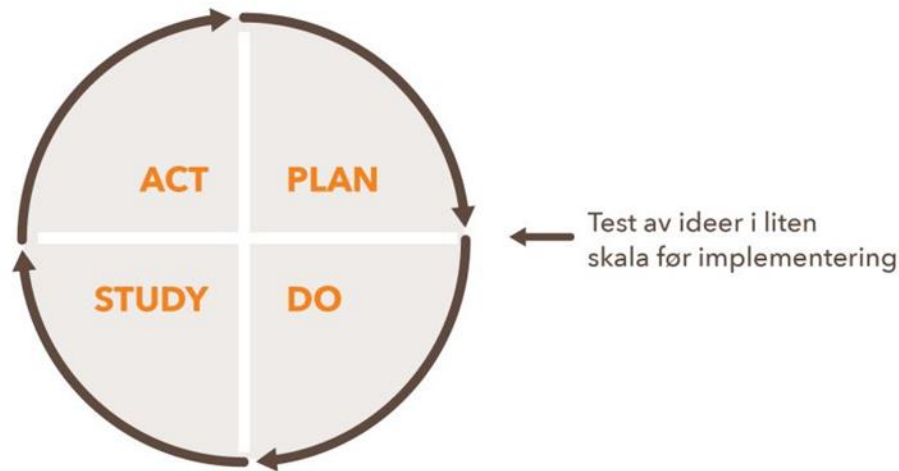
Forbedringskunnskap



- Forståelse for virksomheter og tjenester som systemer og prosesser
- Forståelse for variasjon i prosesser
- Forståelse for hvordan du skaper læring gjennom erfaringer
- Forståelse for endringspsykologi



Forbedringsmodellen



Problem

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

← Problem

Spørsmål null handler om å undersøke og forstå det problem eller utfordring man ønsker å forbedre

- ✓ Se på enhetens historiske data
- ✓ Se på dagens praksis
- ✓ Se etter oppdatert kunnskap på området



MÅL

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

← Problem

1. Hva ønsker vi å oppnå?

← Mål



Smarte mål



**«Noen er ikke et tall,
snart er ikke et tidsbegrep»**

- S - Spesifikke
- M - Målbare
- A - Attraktive
- R - Realistiske
- T - Tidfestet
- E - Etisk og evaluerbare



Ulike typer mål

- **Resultatmål:** Den direkte gevinsten for pasienten (eks. antall dager mellom fall på en avdeling, infeksjonsrate, andel trykksår).
- **Prosessmål:** Beskriver en konkret aktivitet, uttrykker om pasienten har fått den behandlingen han skal. Er konkrete prosedyrer utført (eks. andel sjekklistor brukt, andel pasienter med daglig indikasjon for kateter)





	Bra	Dårlig	Elendig!!
Vi skal redusere skader og bedre pasientsikkerheten for alle våre pasienter.			
Innen desember 2017 skal vi redusere forekomsten av trykksår med 50 %			
Data viser at vi ved vår enhet bare samstemmer legemiddellister for 20 % av pasientene som skrives ut. Dette skal vi øke til 50 % innen 1.11.17, og til 80 % innen 1.12.17.			
Vi vil redusere uroen på avdelingen			



PASIENTTRYGGELEIK
VÅRT ANSVAR

Eksempler på mål

- Resultatmål:

70 % av beboere med BMI under 20 skal ha BMI over 22 innen 01.08.19

30 dager uten fall med skade

100 dager uten nye trykksår

- Prosessmål:

100% av alle pasienter skal ha månedlig vekt og beregnet BMI

100% av våre beboere skal ha kartlagt fallrisiko innen 48 timer

100% av våre beboere med fallrisiko skal ha individuell tiltaksplan på plass innen 72 timer





Visjonen



Målet



Telling/måling

Endring



PASIENTTRYGGELEIK
VÅRT ANSVAR

Målinger

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

← Problem

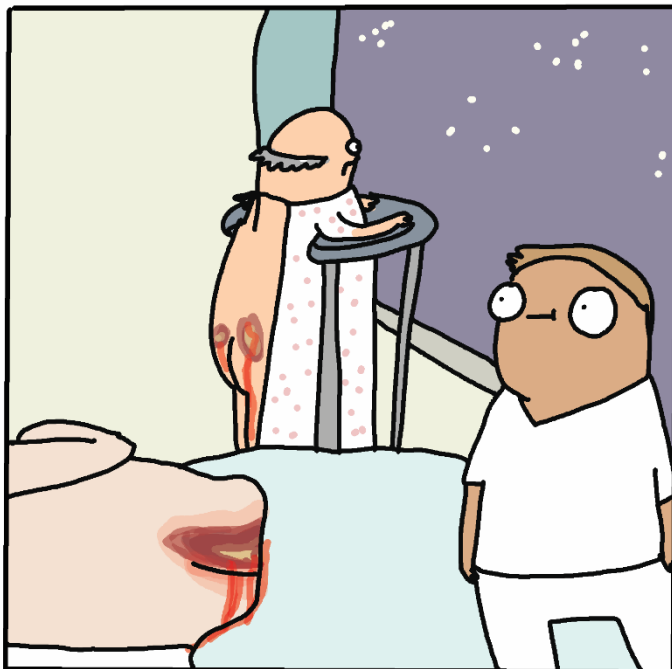
1. Hva ønsker vi å oppnå?

← Mål

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

← Målinger

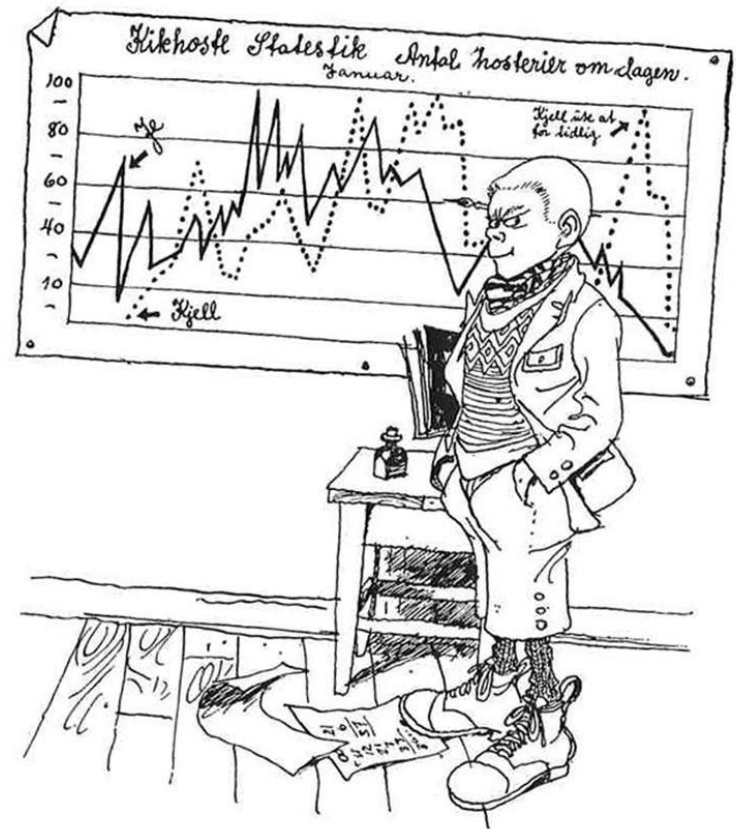




Hvorfor skal vi måle?

Vite resultatet av den jobben vi gjør!

Gjør vi det vi tror vi gjør eller vet vi skal gjøre?



Pasientsikkerhetskalendar (trykksår)

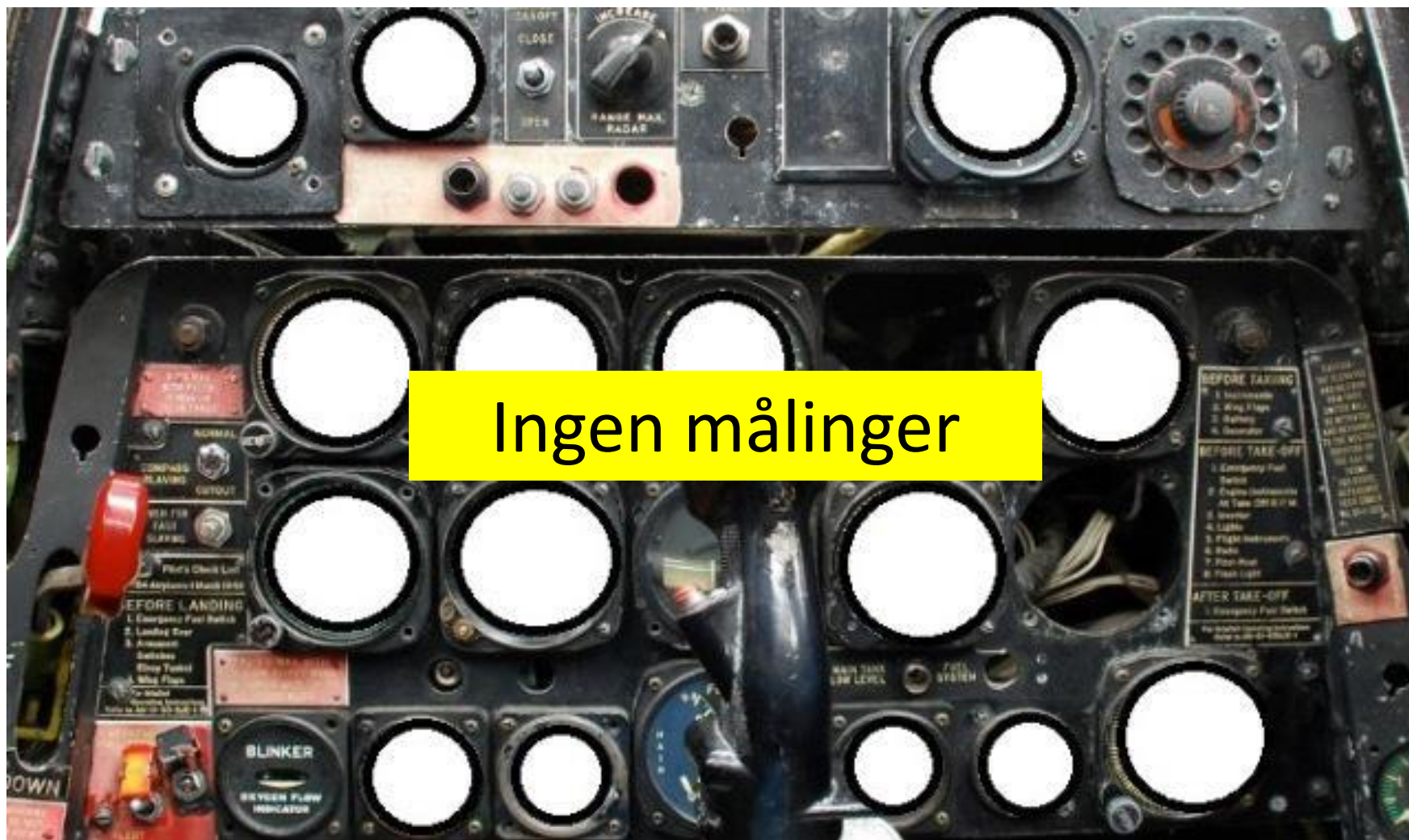
Måned	
Enhet	

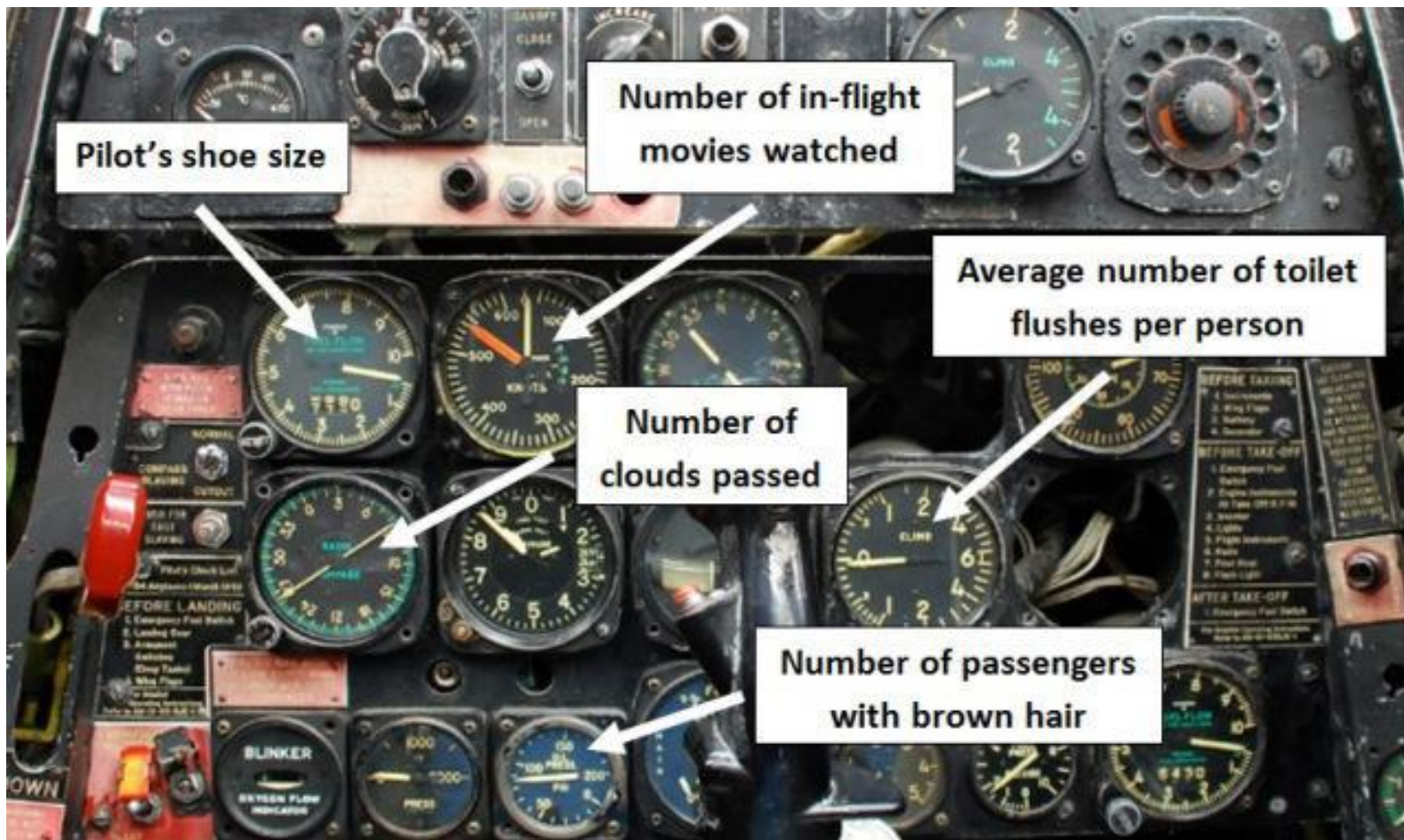
1		2	
3		4	
5		6	
9		10	
15		16	
21		22	
25		26	
27		28	
29	30		31

7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24

Ingen nye trykksår
Innlagt med trykksår
Trykksår oppstått i avdelingen

Alle nye trykksår skal “godkjennes” av <fagsykepleier/rød strek/ressursperson> før det markeres med rødt i kalenderen sammen med <NPR-nummer>, kategori og lokalisasjon.

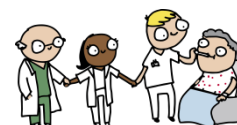


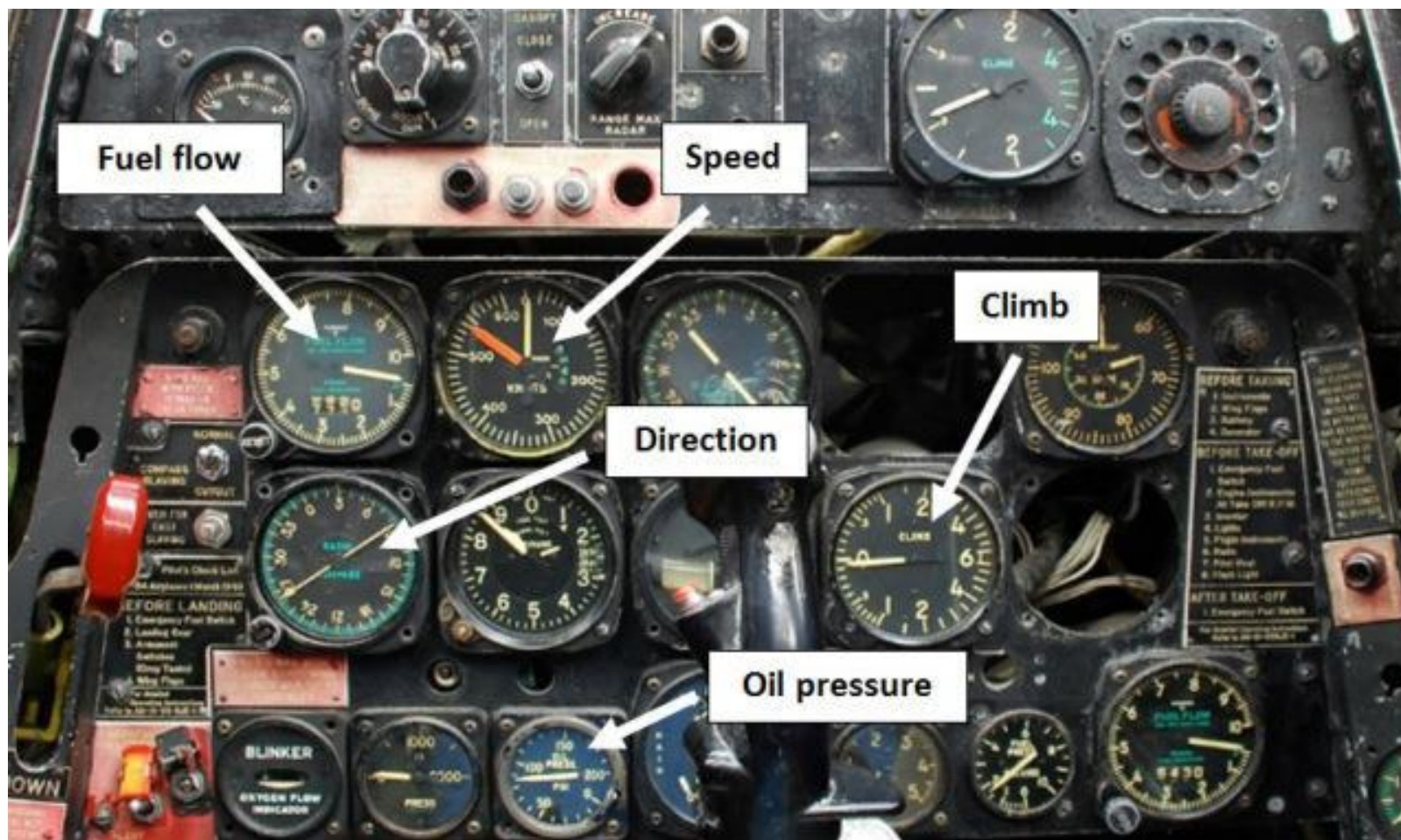


Måle feil ting



Måle riktige ting på feil måte





Riktige målinger, målt
på riktig måte!



Målinger, tydelige operasjonelle definisjoner

En uke= mandag-søndag? Mandag-fredag? Bare dagvakter? Etc.

Drop out= ikke møtt til en time? Ikke møtt i løpet av tre måneder?

Fall= alle fall? Fall med skade? Assistert fall??



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

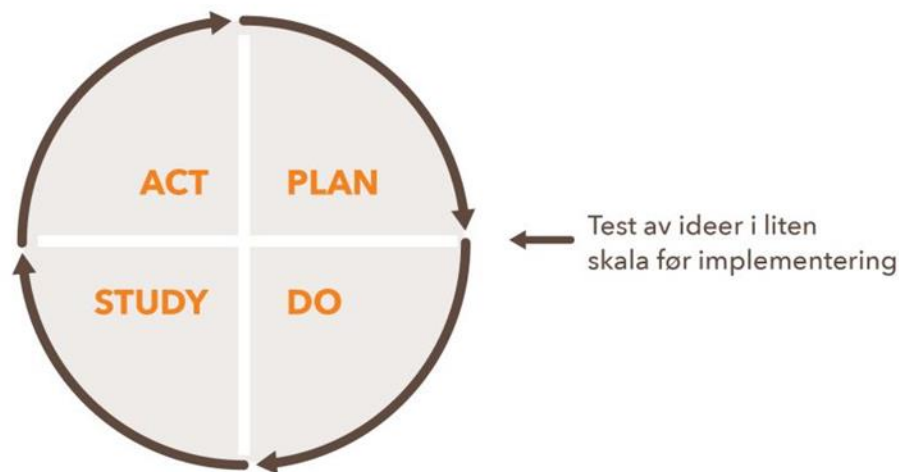


PASIENTTRYGGELEIK
VÅRT ANSVAR

VITSEN ER AT
ALLE MED SAMMA DRAKT
SPELLER MOT SAMMA MÅL!



Tiltak



PDSA-sirkel/småskalatest

Tiltak / endring

Hvilken tiltak/ending ønsker vi å teste? (spørsmål nr 3 i forbedringsmodellen)

Test nummer

Arbeidshypotese (Hvis A, så B)

Hvilket svar forventer vi?

Neste skritt besluttes

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



Planlegg både testen og innsamling av informasjon

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



Analyser og lær

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



Utfør testen

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

PDSA-sirkel/småskalatest

Tiltak / endring

Hvilken tiltak/endring ønsker vi å teste? (spørsmål nr 3 i forbedringsmodellen)

Hvordan fungerer utregning av kcal og protein etter kostregistrering i praksis ved bruk av standardisert utregningstabell?

Test nummer **1**

Arbeidshypotese (Hvis A, så B)

Hvilket svar forventer vi? Ved å bruke standardisert utregningstabell er det lettere å regne ut kcal og protein etter kostregistrering

Neste skritt besluttes

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

Det er behov for å bruke ett annet hjelpemiddel ved utregning
Det må gjøres en tilsvarende test med nytt hjelpemiddel



Planlegg både testen og innsamling av informasjon

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



Primærkontakt regner ut kcal og protein etter kostregistrering av bruker 1 som er kartlagt med MNA og har kommet i kategori risiko for underernæring
Primærkontakt tar i bruk energi og proteintabell fra kosthåndboken. Testen gjennomføres den 19.06.19 på vaktrommet på avd 3ab etter frokost

Analyser og lær

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

Energi og proteintabell avr ikke et godt hjelpemiddel for utregning av Kcal og proteiner ved kostregistrering.
Primærkontakt 1 opplever at det mangler mange matvareprodukter som hun trenger for utregning og fullfører derfor ikke utregningen
Andre hjelpemidler må vurderes



Utfør testen

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

Primærkontakt 1 tar utgangspunkt i kostregistrering fra de siste dagene.
Hun opplever raskt at tabellen hun bruker er for lite detaljert i forholdl til hva hun skal registre
Utregningen blir ikke fullført pga manglende hjelpemiddel

PDSA-sirkel/ småskaletest

Tiltak / endring

Hvilken tiltak/ending ønsker vi å teste? (spørsmål nr 3 i forbedringsmodellen)

Hvordan fungerer utregning av kcal og protein etter kostregistrering i praksis ved bruk av standardisert utregningstabell?

Test nummer **1**

Arbeidshypotese (Hvis A, så B)

Hvilket svar forventer vi? Ved å bruke standardisert utregningstabell er det lettere å regne ut kcal og protein etter kostregistrering

Neste skritt besluttes

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

Det er behov for å bruke ett annet hjelpemiddel ved utregning
Det må gjøres en tilsvarende test med nytt hjelpemiddel



Planlegg både testen og innsamling av informasjon

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



Primærkontakt regner ut kcal og protein etter kostregistrering av bruker 1 som er kartlagt med MNA og har kommet i kategori risiko for underernæring
Primærkontakt tar i bruk energi og proteintabell fra kosthåndboken. Testen gjennomføres den 19.06.19 på vaktrommet på avd 3ab etter frokost

Analyser og lær

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

Energi og proteintabell avr ikke et godt hjelpemiddel for utregning av Kcal og protein ved kostregistrering.
Primærkontakt 1 opplever at det mangler mange matvareprodukter som hun trenger for utregning og fullfører derfor ikke utregningen
Andre hjelpemidler må vurderes

Utfør testen

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

Primærkontakt 1 tar utgangspunkt i kostregistrering fra de siste dagene.
Hun opplever raskt at tabellen hun bruker er for lite detaljert i forhold til hva hun skal registre
Utregningen blir ikke fullført pga manglende hjelpemiddel

Utfør testen

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

Noter eventuelle resultater eller data som er samlet inn i forbindelse med testen

Utfør testen

Utregningen blir ikke fullført pga manglende hjelpemiddel

PDSA-sirkel

Tiltak / endring

Hvilken tiltak/ending ønsker vi å teste? (spørsmål nr 3 i forbedringsmodellen)

Hvordan fungerer utregning av kcal og protein etter kostregistrering i praksis ved bruk av standardisert utregningstabell?

Arbeidshypotese (Hvis A, så B)

Hvilket svar forventer vi? Ved å bruke standardisert utregningstabell er det lettere å regne ut kcal og protein etter kostregistrering

Neste skritt besluttes

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

Analyser og lær

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

Er det behov for å bruke ett annet hjelpemiddel ved utregning av Kcal og protein ved kostregistrering?

fullfører derfor ikke utregningen
Andre hjelpemidler må vurderes

PDSA-sirkel

Tiltak / endring

Hvilken tiltak/ending ønsker vi å teste? (spørsmål nr 3 i forbedringsmodellen)

Hvordan fungerer utregning av kcal og protein etter kostregistrering i praksis ved bruk av standardisert utregningstabell?

Arbeidshypotese (Hvis A, så B)

Hvilket svar forventer vi? Ved å bruke standardisert utregningstabell er det lettere å regne ut kcal og protein etter kostregistrering

Neste skritt besluttes

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

Analyser og lær

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

Er det behov for å bruke ett annet hjelpemiddel ved utregning av Kcal og protein ved kostregistrering?

Primærkontakt 1 opplever at det mangler mange matvareprodukter som hun trenger for utregning og fullfører derfor ikke utregningen
Andre hjelpemidler må vurderes

Utfør testen

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

kostregistrering fra de siste dagene.

Hun opplever raskt at tabellen hun bruker er for lite detaljert i forhold til hva hun skal registre
Utregningen blir ikke fullført pga manglende hjelpemiddel

PDSA-sirkel

Tiltak / endring

Hvilken tiltak/ending ønsker vi å teste? (spørsmål nr 3 i forbedringsmodellen)

Hvordan fungerer utregning av kcal og protein etter kostregistrering i praksis ved bruk av standardisert utregningstabell?

Arbeidshypotese (Hvis A, så B)

Hvilket svar forventer vi? Ved å bruke standardisert utregningstabell er det lettere å regne ut kcal og protein etter kostregistrering

Neste skritt besluttes

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

Det er behov for å bruke ett annet hjelpemiddel ved utregning av Kcal og protein ved kostregistrering?

Energi og proteintabell avr ikke et godt hjelpemiddel for utregning av Kcal og protein ved kostregistrering.

Analyser og lær

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

Primærkontakt 1 opplever at det mangler mange matvareprodukter som hun trenger for utregning og fullfører derfor ikke utregningen
Andre hjelpemidler må vurderes

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

Hun opplever raskt at tabellen hun bruker er for lite detaljert i forhold til hva hun skal registre
Utregningen blir ikke fullført pga manglende hjelpemiddel



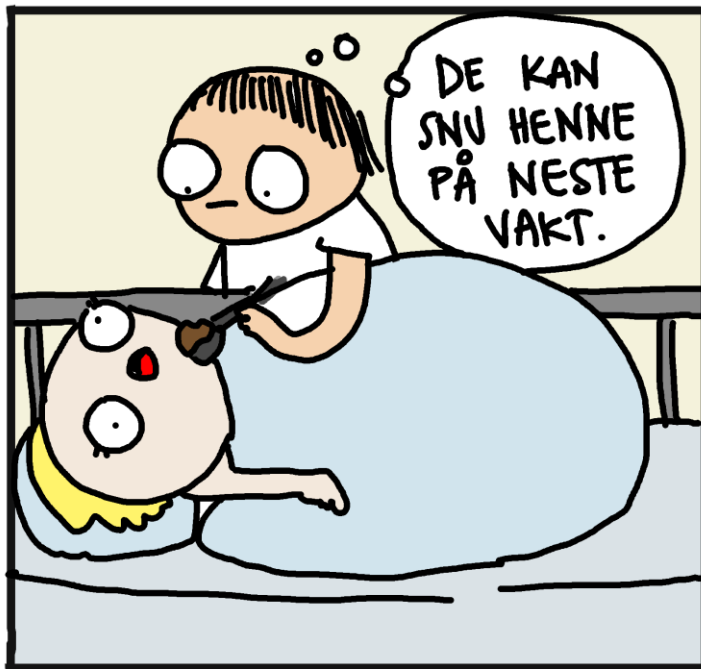
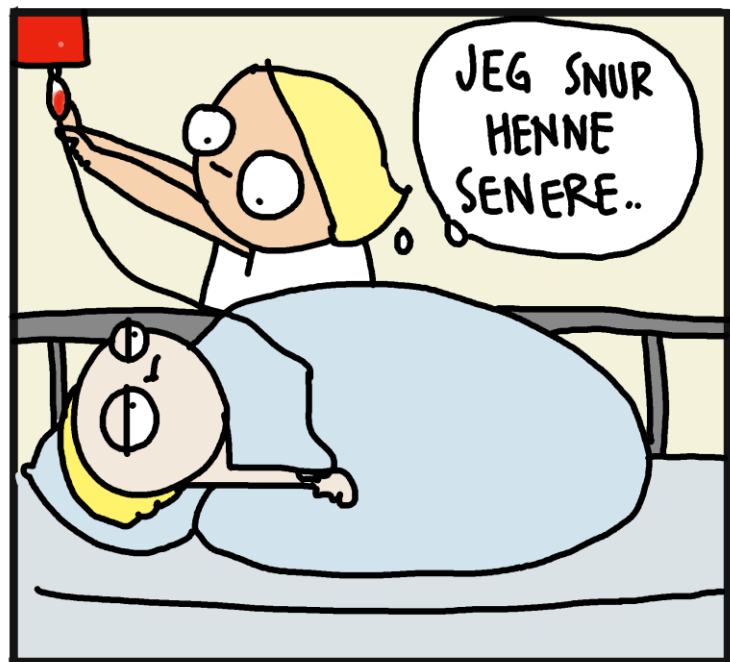
Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

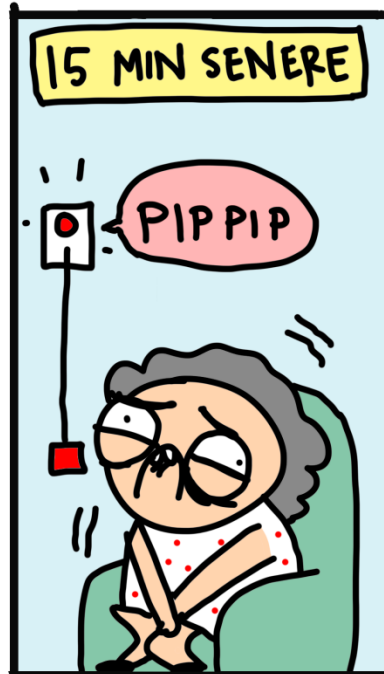
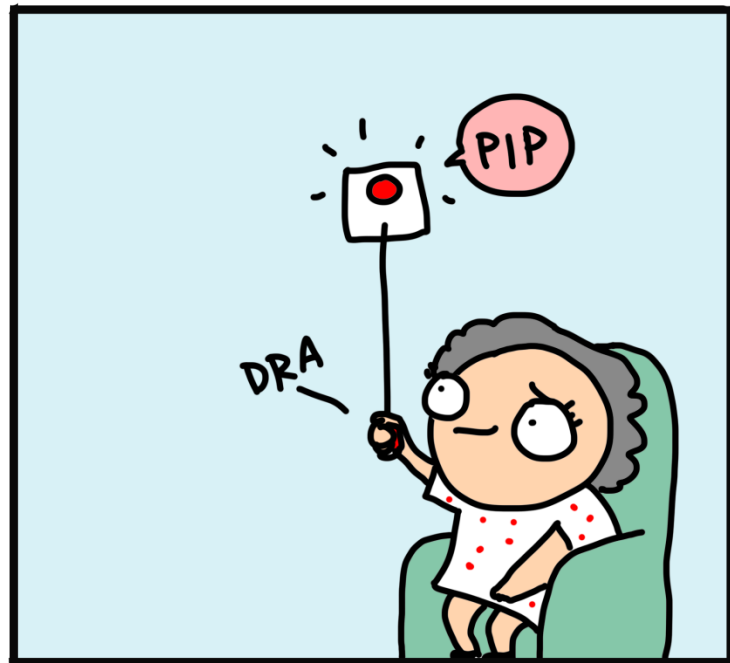
"Quality is never an accident.
It is always the result of high
intention, sincere effort, intelligent
direction and skillful execution.
It represents the wise choice of
many alternatives."

William A. Foster 1941

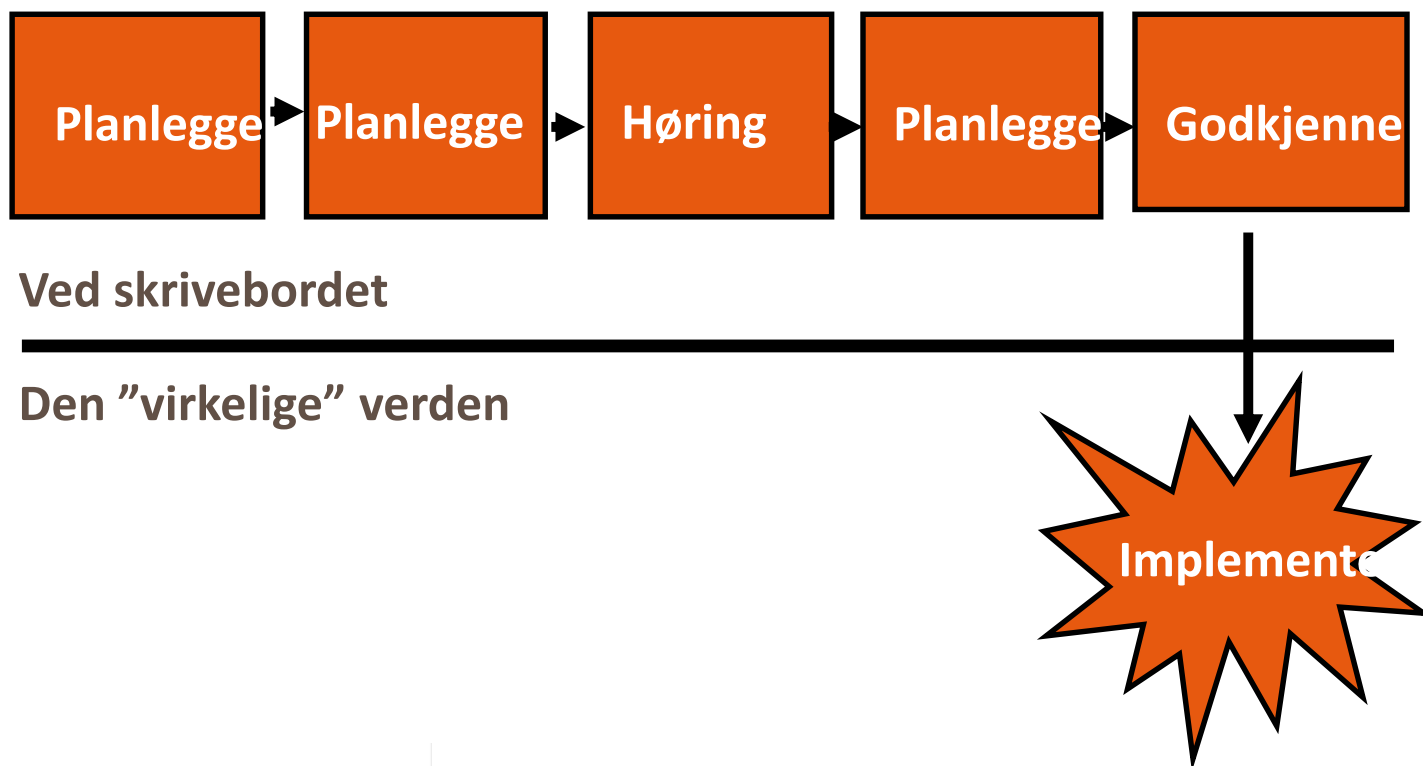


Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

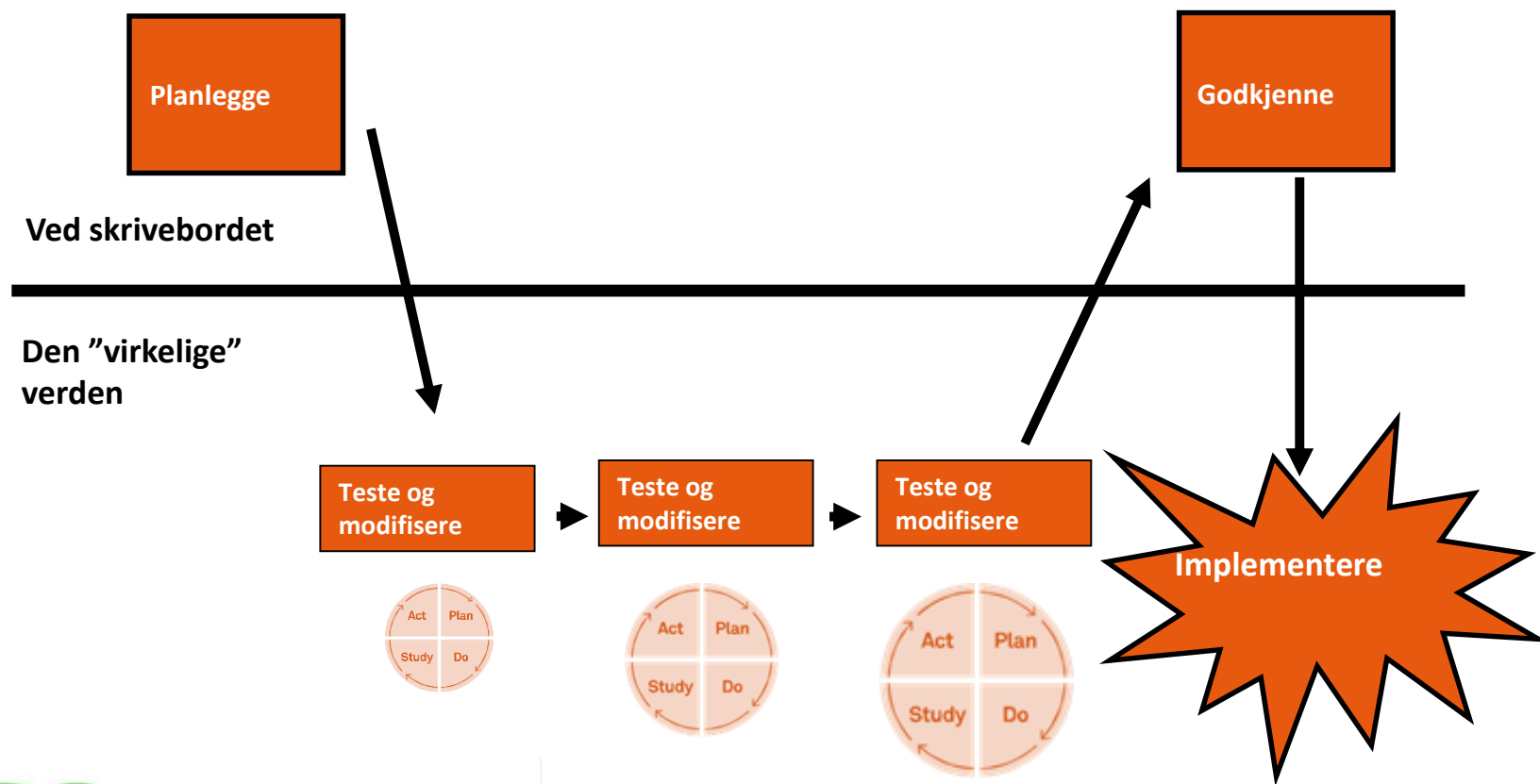




Implementering – tradisjonelt?



Utprøving, lokal tilpassing og implementering



5. Følge opp

Implementere ny praksis

Sikre videreføring

Dele erfaringene med forbedringene



Det vil ofte være nødvendig å gå tilbake til tidligere faser



1. Forberede

Felles erkjennelse av behovet for forbedring

Forankre og organisere forbedringsarbeidet

Klargjøre kunnskapsgrunnlaget - forskning, erfaring og brukerkunnskap

4. Evaluere

Måle og reflektere over resultater

Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere

2. Planlegge

Kartlegge behov og dagens praksis

Sette mål

Velge måleverktøy

Finne / utvikle forbedrings-tiltak

3. Utføre

Prøve ut og tilrettelegge ny praksis

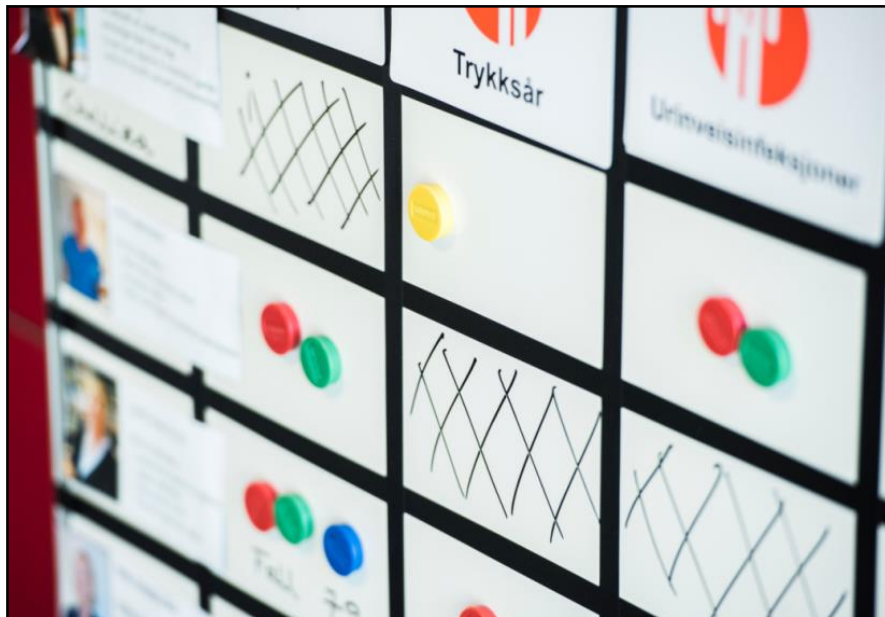


**Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester**
Hordaland



PASIENTTRYGGELEIK
VÅRT ANSVAR

Foto Morten Wanvik



Tavlemøter

I pasientens/brukerens fotspor

Pasient og brukersikkerhetsvisitt

Hege Christin Huseklepp
USHT Hordaland
Mosjøen 11.09.19



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

Tavlemøter

- God ledelse er en forutsetning for å gi gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester
- Forskriften tydeliggjør kravene til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter





Tavle + møte = tavlemøte



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

I trygge hender
pasientikkerhetsprogrammet.no

24
7

Hvorfor risikotavle?

- Hjelper oss til å sette fokus på risikoområder og kontinuerlig forbedring
- For eksempel riktig legemiddelbruk, samstemming, riktig antibiotika bruk, reduksjon av fall, reduksjon av underernæring



Risikotavle

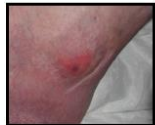
- Finne risikoområder
- Bruke kunnskapsbasert screeningsverkøy
- Iverksette tiltak- individuelle
- Måle
- Evaluere
- Korrigere



Opplæring

KLASSIFISERING AV TRYKKSÅR

Grad 1:



Rødt område med hel, intakt hud, som ikke blekner ved trykk direkte på området. Fremkommer vanligvis på benfremspring.

Grad 2:



Delvis tap av hudlaget. Kan se ut som et overfladisk åpent sår med rosa sårbunn, uten dødt vev.

Grad 3:



Tap av hele hudlaget, underhuds fett kan være synlig, men muskler, sener og ben er ikke blottlagt. Dødt vev kan forekomme.

Grad 4:



Tap av alle vevslag. Sener, ben eller muskulatur er blottlagt. Dødt vev eller sårskorpe kan forekomme. Ofte tunneldannelse.

Urinprøve - sjekkliste

Det er vanlig at eldre mennesker har bakterier i urinen, se baksiden for mer informasjon. Urinprøver skal bare tas når det er sterk mistanke om infeksjon i urinveiene.

Dette skjemaet skal ALLTID fylles ut ved urinprøvetaking (urinstrimmel/stiks eller urin til dyrking).

Avdeling

Navn

F.nummer

Urinprøve bestilt av lege

Ja ☐

Nei ☐

Bakgrunn for prøvetaking	Sett kryss	Tillegg for allmennsymptomer	Sett kryss
Sveie ved vannlating	☐	Nyoppstått/forverring av falltendens	☐
Hyppig vannlating	☐	Feber	☐
Nyoppstått eller økt inkontinens	☐	Nyoppstått/forverring uro/forvirring	☐
Smerte i rygg/flanke	☐	Redusert allmenntilstand	☐
Smerte over symfyse	☐		☐
Synlig blod i urinen	☐		☐

☐ Annen årsak til prøvetaking:

Hvordan er prøven tatt: ☐ Midtstrømsprøve ☐ Engangskateter ☐ Permanent kateter

☐ Annen prøvetakingsmetode:

Tidspunkt prøvetaking: Dato:

Klokken:

☐ Første vannlating om morgenen ☐ > 4 t. etter forrige vannlating

Hvor lenge har urinprøven vært oppbevart i romtemp. før testing med urinstrimmel/stiks

☐ Oppbevart > 2 t. i romtemperatur ☐ Oppbevart < 2 t. i romtemperatur

Resultat urinstrimmel/stiks:

Leucocytter

Nitritt

Erytocytter

Protein

Urin til dyrking tatt: Ja ☐

Nei ☐

Sendt: Ja ☐

Dato

Sign. sykepleier

Sign. prøvetaker

20.09.2017

Ref: Sundvill et al: Interleukin-6 concentrations in the urine and dipstick analyses were related to bacteriuria but not symptoms in the elderly: a cross sectional study of 421 nursing home residents. BMC Geriatr. 2014 Aug 12;14:88. doi: 10.1186/1471-2318-14-88.

<http://www.antibiotikaialmennpraksis.no/>

NOKLUS

1/2



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester

Hordaland

DEFINISJON UNDERERNÆRING

Underernæring, tilstand som oppstår når kroppens behov for energi og/eller næringsstoffer over tid ikke tilfredsstilles gjennom inntak av mat og drikke. Protein- og fettreservene i kroppen avtar, og dette resulterer i vekttap, muskelsvinn og mangel på vitaminer og mineraler.

Mini Nutritional Assessment MNA[®]

Form: _____ Kjønn: _____ Dato: _____
Vekt, kg: _____ Høyde, cm: _____ ID-nummer: _____

undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengifferene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre på 14 poeng, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringsstatusen.

dering, del I

ar matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga
edsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å
rygge eller svekke?

- = alvorlig nedsatt appetitt ☐
- = moderat nedsatt appetitt ☐
- = ikke nedsatt appetitt ☐

ektap i løpet av de 3 siste månedene

- = vektap over 3 kg ☐
- = vet ikke ☐
- = vektap mellom 1 og 3 kg ☐
- = ikke vektap ☐

tabilitet

- = seneliggende/om ☐
- = i stand til å gå ut a ☐
- = går ute ☐

ar opplevd psykologisk

siste månedene

- = ja ☐
- = nei ☐

europopsykologiske lide

- = alvorlig demens ☐
- = mild demens ☐
- = ingen psykolog ☐

roppsmasseindeks (I

- = KMI mindre er ☐
- = KMI 19 til min ☐
- = KMI 21 til min ☐
- = KMI 23 eller t ☐

ersøkelsesspo

total maks. 14 po

eng eller mer:

eng eller mindre

dering, del II

er i egen bolig

- = ja ☐
- = nei ☐

raker mer enn

- = ja ☐
- = nei ☐

ERNÆRING

I trygge hender 24
pasientsikkerhetsprogrammet.no

**MÅL: 70 % av beboere med BMI
under 20 skal ha BMI over 22
innen 01.08.19**

GENERELLE TILTAK FOR Å FOREBYGGE UNDERERNÆRING

- Kostregistrering (MNA) for beregning av energi-, protein- og væskeinntak
- Individuell ernæringsplan med konkret beskrivelse av tiltak, mål og den enkeltes nærings- og energibehov (matkort)
- Undersøk underliggende faktorer (symptomlindring, medisinsk behandling, munn/tannstatus)
- Brukermedvirkning – la beboeren selv få være med å bestemme hva de vil spise Tilrettelegg måltidet ved behov
- Et godt spisemiljø – rolige omgivelser, tenn et lys ved bordet, personale og pasienter sitter sammen osv.
- Vurder behov for spesialkost (f eks «most mat» eller «kun farse»)
- Vurder behov for ekstra mellommåltid og beriking
- Prøv ut forskjellige næringsdrikker ved behov

I trygge hender 24
pasientsikkerhetsprogrammet.no

Eksempel på tiltaksplan i ernæring;

MNA registrert 01.09.19 20,0 poeng = i fare for underernæring. Ut fra andre målinger og observasjoner (vekt, KMI og allmenntilstand) vurderes pasienten til ikke å være i faresonen for underernæring.

Vekt 65kg og KMI 24, like innenfor normalverdier, registrert 01.09.19.

Matvaner og ressurser;

Full kost. Har generell god matlyst, kan variere ut fra dagsform. Trenger hjelp til alle måltider. Tilbys drikke jevnlig, da han ikke gir uttrykk for tørste. Drikker av glass med sugerør.

Frokost og kvelds; 3 halve brødsiver med smør, liker det meste av pålegg, unntatt kjøttpålegg. Er spesielt glad i jordbærsyltetøy. Evt. tilby havregrøt, rømmegrøt.

Middagen finnes. Liker ikke stekt fisk. Liker desserter.

Har ingen allergier.

Tannstatus; Har delprotese i overmunn. Egne tenner nede. Pusses morgen og kveld. Munnhulen rengjøres daglig med svamppinne.

Vurdering og tiltak; Hatt stabil vekt siste halvår med vektøkning på 1,5 kg. Målet er å opprettholde vekten og hindre vektnedgang. Følge tiltak imf ovenfor, samt tilby mellommåltid med næringsdrikke, frukt etc. og seinkvelds med yoghurt, rømmekolle beriket med 1 ss rapsolje. Vektregistrering x 1 pr. mnd.

Evalueringsplan 01.12.19

Prosedyre

Ledelse av pasientsikkerhet: Tavlemøte / Risikotavle

Hva

Formålet med en risikotavle er å skape overblikk over utvalgte risikoområder for pasienter og brukere. Tavlen er et verdifullt verktøy for å etablere en regelmessig dialog (møte) om og oppfølging av utvalgte risikoområder. Tavlemøte hjelper til å systematisk vurdere pasientenes risiko for skade, og for å synliggjøre tiltakene som iverksettes.

Tavlen kan også benyttes til å samle inn data daglig. Data fra for eksempel en ukes periode legges sammen og fremstilles i tidsserier som kan henges opp på en forbedringstavle.

Hvorfor

Ved å etablere regelmessige møter for oppfølging av utvalgte risikoområder, bidrar risikotavlen til å redusere pasientskader. Vi sikrer oppfølging av risikoreduserende tiltak og skaper en felles forståelse for risiko i avdelingen. Målet er å avklare hvilke oppgaver som gjenstår, kunnskapsdeling, oppfølging av den enkelte pasient og arbeidsfordeling på oppgaver som gjenstår.

Hvordan

Alle pasientenes navn og bilde står på tavlen samt en celle for «hva er viktig for meg?» (Pasienten) I samme kolonne står navn på primærkontakten. Videre er det satt opp rubrikker for de utvalgte risikoområdene i avdelingen. Ved bruk av magnetknapper markeres hvilke pasienter som er utsatt for hvilken risiko. Individuelle tiltak skal iverksettes i hvert risikoområde. Møtet gjør at ansatte blir ekstra oppmerksomme på rutiner og pasientens behov. Tavlen bidrar til å synliggjøre tiltakene som i iverksettes for den enkelte pasient.

Alle pasienter skal være vurdert/kartlagt for disse risikoområdene. Dersom feltet er skravert foreligger ingen risiko. Dersom feltet er åpent, tom celle, betyr det at pasienten fremdeles ikke er risikovurdert/kartlagt

Pasienter som får en rød magnetknapp i ett felt har HØY risiko på dette området. Noen har risiko i flere områder.

Dersom det er satt en gul magnet i det aktuelle feltet har pasienten middels risiko.

Dersom det er satt en grønn magnetknapp bak den røde eller gule magneten er det satt i verk tiltak for den aktuelle pasient. Når en grønn magnet er i bruk er tiltak også dokumentert i EPJ.

Dersom det er satt en blå magnet i ett felt er det oppstått noe nytt. Pasienten kan f.eks. ha falt, startet på nye medisiner eller annet. Denne magnet blir stående i en uke og dato føres inn med penn. Alle må da være ekstra oppmerksom.

Tavlemøte gjennomføres hver dag i hvert vaktskift 7 dager i uken.

Leder har ansvar for å markere hvem som er ansvarlig for tavlemøtet mellom de ulike skiftene. Tavlemøtet skal ta ca. 5 til 10 minutter og gjennomføres etter ordinær rapport.

Verktøy:

[Forbedringsguiden](#)

Risikotavle						
Bruker / Pasient	Navn	Er det viktig for meg?	Er det viktig for meg i dag?	Fall-competence	Engasjerte rundt de faste	Ansvarlig for tiltak
	101	A oppfølging av fallrisiko				
	102	A er det viktig å følge opp med				
	103	A følger opp med				
	104	A følger opp med				
	105	Middels				
	106	Middels				

Referanser:

[Pasientsikkerhetsprogrammet](#)

Rom	Pasient	Sykepleier (pri & sek)	Lege	Innleggelse (dato/klokkeslett)	Hva er viktig for pasienten?	Hva er viktig for pasienten i dag?	Fall	Trykksår	Urinveis- infeksjon
201	O. Nilzen	LMJ/JAV	WZ	27.6 /14:01					
202	K. Østli	ETJ/JSE	KHS	14.6/22:03					
203	P. Thon	ML/KSB	HT	13.6/18:45					
204	K. Jos	JR/VSB	WZ	22.6/01:33					
205	V. Sagen	VSB/JSE	KHS	29.5/10:00					
206	T. Thur	JAV/LMJ	HT	11.6/09:33					
207	H. Ilden	CAV/VSB	HT	24.6/12:55					
208	U. Fjøl	JR/ML	WZ	22.6/11:47					
209	P. Molt	TAM/PM	KHS	25.6/19:55					
210	T. Advod	JR/VSB	WZ	27.6/14:55					
211	C. Frøns	PM/TAF	KHS	24.6/16:00					
212	B. Bakke	LMD/JAV	HT	25.6/15:23					
213	K. Seder	ETJ/JSE	WZ	22.6/23:34					
214	M. Arch	ML/KSB	KHS	25.6/14:23					



RISIKOTAVLE



Foto: Hege Huseklepp



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

Fantoft omsorgssenter



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

Foto: Hege Huseklepp

Målinger

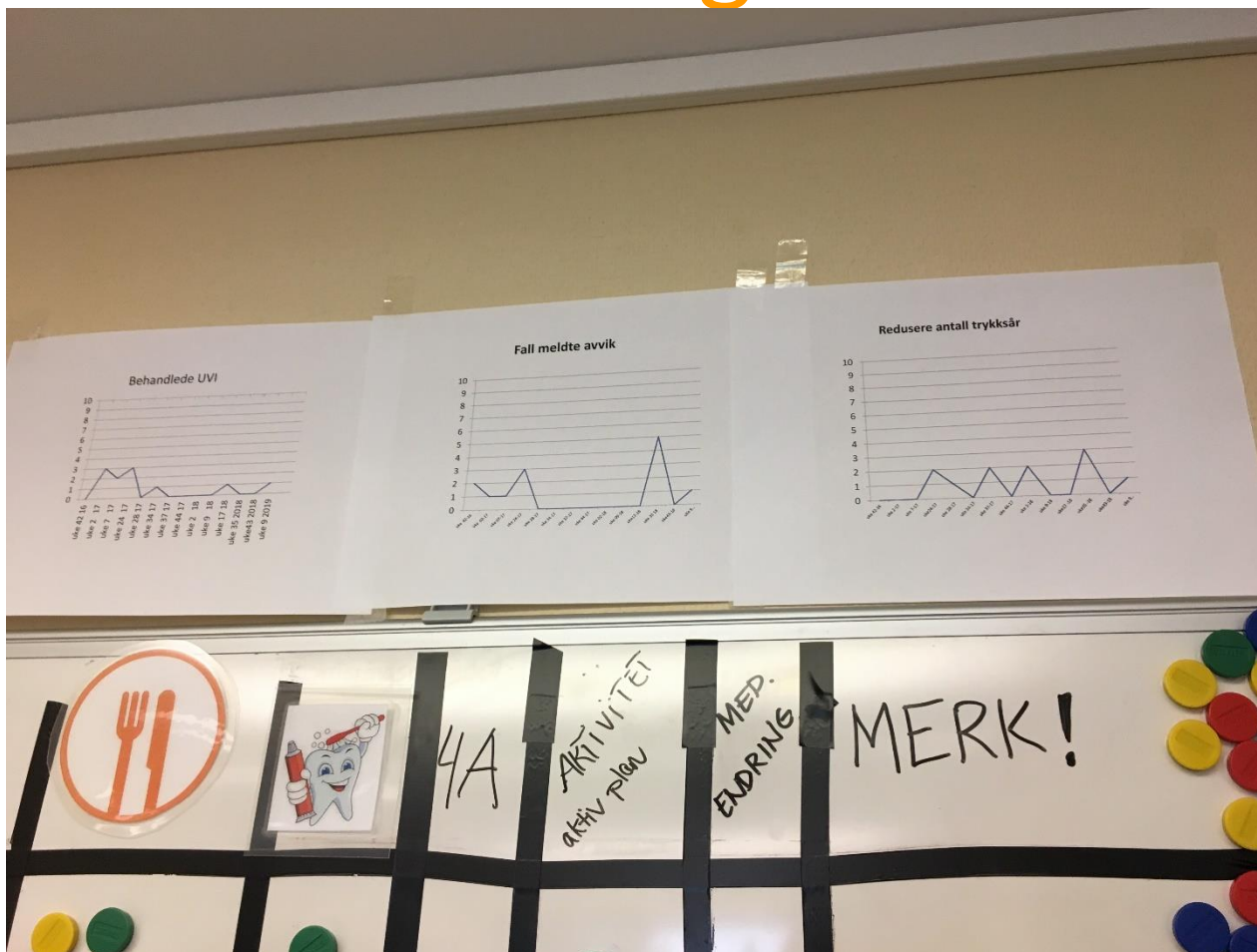
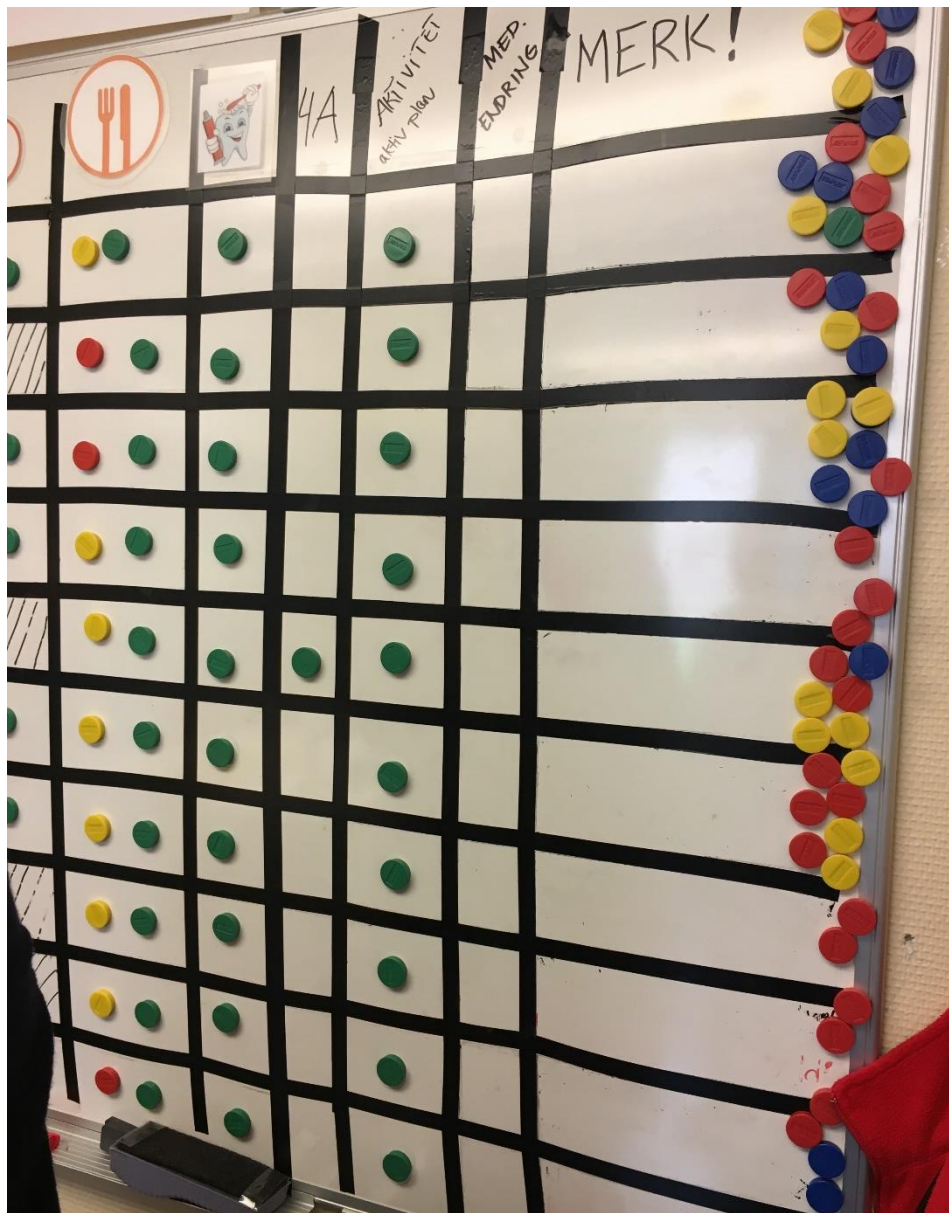


Foto: Hege Huseklepp

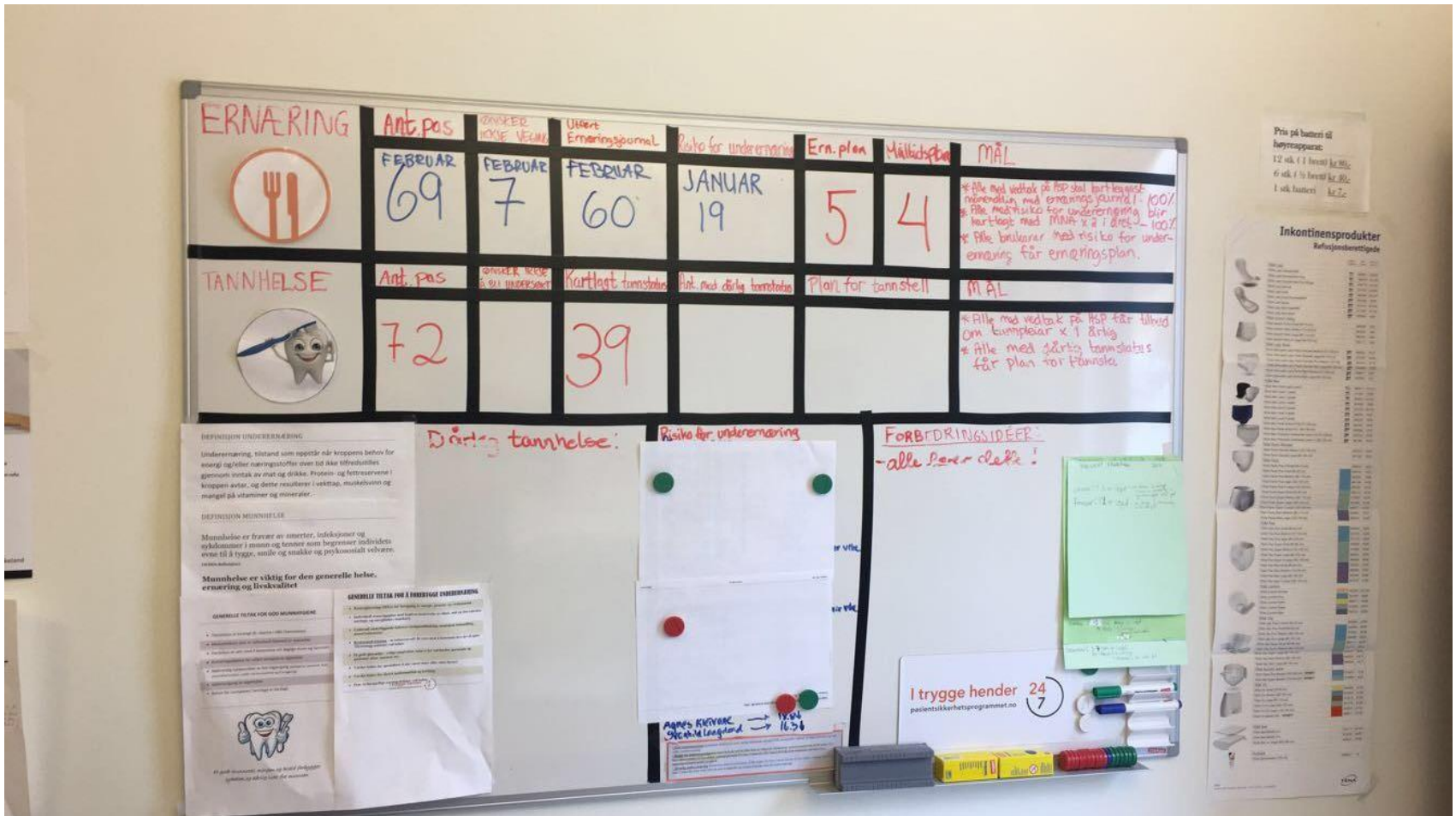




Tavlen skille mellom risikoområder og fokusområder



Eksempel på tavle fra hjemmetjenesten



Radøy kommune

Be.	PRIMER/ SEKUNDER	DASSPLAN	TANNHELSE HØST 18/ VÅR 19	HUD	IPLOS HØST /VÅR	ER COBOR (TIDTAKSPLAN) OPPDATERT?	KVA ER VIKTIG FOR MEG?	VEKKRØST?	DIVERSE
2	OVE/ VERONIKA	OK	3				• At du ser på kostplan • Spise kl. 14 og 16 • for du skal bli		TRUKOST FOR STP!
3	IRENE/ MIRIAM		3	BRYST NARKE FOT					OBS: VEKTKONTROLL KVAR TIRSDAG MORGEN
4	MIRIAM/ BJØRN		3				• Gjør som ne pleier.... • Ikke mykje nye ting. • Ikke mas på meg... • NY minnerkontroll		
5	KARINNE/ CARINA		8/4	FØTTER			• Sjå meg • Se i dag med meg • har me snacker • Høste bane (ingetokke), danc og		FYSIO ØVELSAR KVAR DAG KL 17:00 Kvarante tid og tidline 17:00 Basseng tre dagar partallstuke Var med og handle om leiligheten eller lunsj
6	MARIT/ MARINN		3						Bør oppfordrast til å eta for ho gar ut. Avtala tid ho skal komma heim att for å gå på toiletet og eta lunsj/middag.
7	YLVA/ VIGDIS		3	RYGG					Reiser heim på mai
9	BIKEN/ VEGNED		6/3						
1	CARINA/ KARINNE		4				NY: 1/1 ØNSKER TILSYN PÅ MORGON • Holde tilsynspunktene som er avtalt		OK FOR 1 AT PERSONELET VAKTER KLE PÅ DAGTID + RYDE KLE VED TILSYN: VIKTE SPOR KVA SAK OG HJELPE DEG MED! GJER DET SOM STÅR PÅ PLANEN. • Følg MIDTSPORAN JA OPP MAT KJELDEN FOR • JA MED INN VASSEPLAN PÅ ONSDAGAR! OBS!!
R	OVE/ MARINN		5						
8	YLVA/ VIGDIS		÷						Reiser heim 17.mai OBS! sjekk at medisiner blir tatt. • Treng hjelp til å ta sunne valg ved handtering (utt. produkt)

TANNHELSE: BSI 2-4 akseptabel status
5-6 ikke akseptabel status
7-8 dårlig status

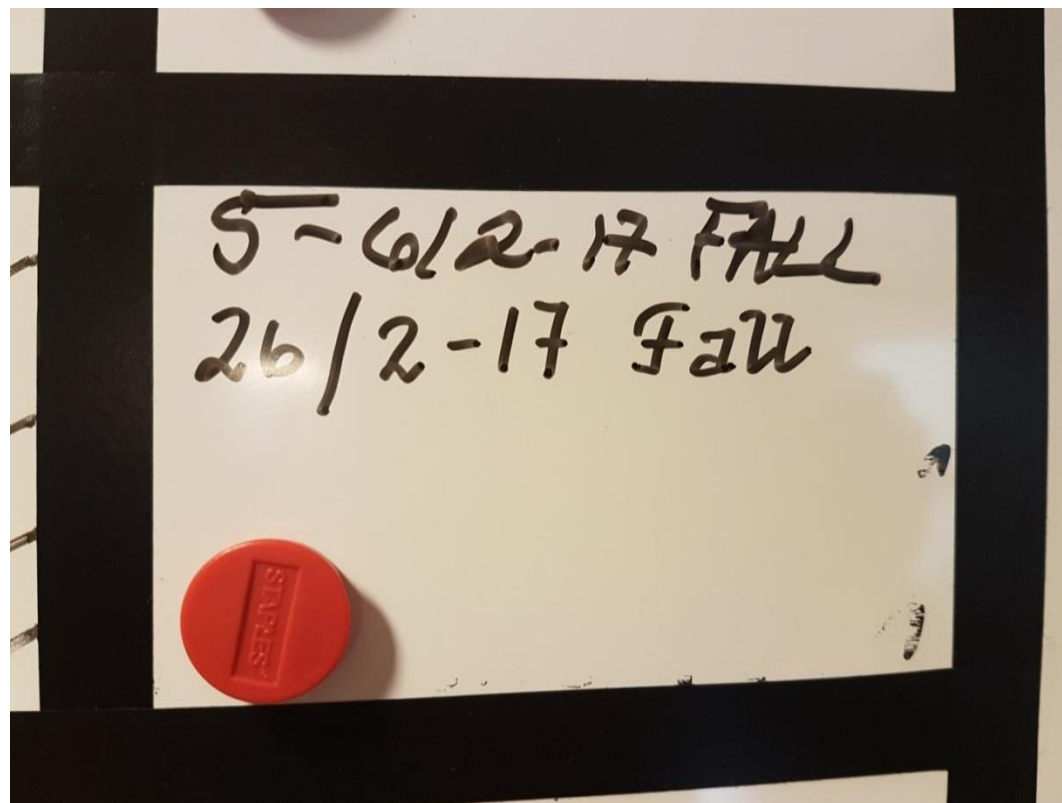
BOSCI: HANDEKAR PÅ BARNESKULEN, MÅ VERE OPP: SEI VAST
16³⁰
MUSIKK: TIRSDAGER PÅ UNGDOMSSKULEN KL 17!

I trygge hender 24
pasientsikkerhetsprogrammet.no

Foto: Karianne P Grindheim- Radøy kommune



Risiko oppmerksomhet!!



Andre tips



I pasientens/brukerens fotspor

I pasientens fotspor er et ledelsesverktøy der øverste leder for en virksomhet fysisk følger 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



Prosedyre



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

I trygge hender 24
pasientsikkerhetsprogrammet.no 7

Ledelse av pasientsikkerhet: I pasientens/brukerens fotspor

HVA

I pasientens/brukerens fotspor er et ledelsesverktøy der øverste leder for en virksomhet fysisk følger 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.

HVORFOR

Å gå i pasientens/brukerens fotspor bidrar til å synliggjøre lederens prioriteringer og engasjement i pasientsikkerhet og har flere formål:

- Lytt til og involvere pasient, bruker og pårørende i utforming av tjenestene
- Sette pasient- og brukersikkerhet på dagsorden
- Definere og arbeide med konkrete forbedringer etter egne observasjoner og tilbakemeldinger fra bruker og/eller pårørende.

HVORDAN

Ansatte informeres på forhånd om at hensikten er læring og pasient/bruker og evt. pårørende informeres både skriftlig og muntlig om tiltaket og gir sitt samtykke. 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 pårørers 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
- Om pasientsikkerheten er ivaretatt
- Oppsummer med pasient og evt. pårørende i en samtale

Be om deres synspunkter på hva som har gått bra og mindre bra, evt. feil og mangler, om noe gjorde dem utrygge.

Takk de ansatte som var involvert – spørre hvordan de opplevde det, om de har forslag til forbedringer

Dele erfaringene med andre avdelinger



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

I trygge hender 24
pasientsikkerhetsprogrammet.no 7

Verktøy

[Veileder for gjennomføring av I brukerens fotspor i kommunal helse- og omsorgstjeneste](#)

[Forbedringsguiden](#)

Referanser:

[Pasientsikkerhetsprogrammet](#)



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

Eksempler på I pasientens/brukerens fotspor

Blir pasienten/brukeren møtt med vennlighet, interesse, engasjement og/eller andre verdier som ønsker å signalisere?

Eksempler

- *Blir pasienten/ brukeren ønsket velkommen ved ankomst?*
- *Er det en gjensidig presentasjon, øyekontakt og håndtrykk?*
- *Er det ro rundt mottakelsen?*
- *Er det unødig ventetid? Hvordan blir eventuelle forsinkelser håndtert?*
- *Er behandlingsforløpet tilrettelagt mest mulig hensiktsmessig for pasienten/brukeren?*

Utteksler og forstår pasient /brukeren og personale informasjon om behandlingen?

Eksempler

- *Forsikrer personalet seg om at pasienten/brukeren har forstått den muntlige og skriftlige informasjonen?*
- *Spør personalet om relevant informasjon fra pasient/bruker og pårørende?*
- *Sikrer personalet at de har oppfattet informasjonen fra pasienten/bruker korrekt?*



Signaliserer de fysiske omgivelsene at pasienten/brukeren er velkommen, og at sykehjemmet er opptatt av sikkerhet, estetikk og logistikk rundt koordinering av behandlingen

Eksempler

- *Er det lett for pasienten/brukeren å finne frem?*
- *Er skiltingen klar og tydelig?*
- *Finnes det "adgang forbudt for pasienter/brukere" eller andre forbud?*
- *Er samtalerom og pasientstuer ryddige?*
- *Finnes det utdatert og uaktuell informasjon på vegger og oppslagstavler?*
- *Er det umiddelbar risiko for pasienten/brukeren? eksempel automatiske dører som kan skade pasienter/brukere?*

Viser medarbeiderne pasienten/brukeren imøtekommenhet og respekt?

Eksempler

- *Har personalet på forhåndskjennskap til pasientens /brukers sykehistorie?*
- *Foregår samtalen uforstyrret?*
- *Blir det anvendt ord og språk som pasienten/brukeren forstår?*
- *Blir pasienten/brukeren oppfordret til å stille spørsmål, om det er noe han eller hun ikke forstår?*
- *Blir de pårørende betraktet som en ressurs og hjelp?*
- *Omtales pasienten/brukeren i tredjeperson, eller som diagnose eller ved et sengenummer?*



Er pasientsikkerhet og risikostyring ivarettatt, slik at uønskede hendelser i størst mulig grad kan forebygges?

Eksempler

- *Blir navn og personnummer sjekket?*
- *Blir pasienten/brukeren oppfordret til å reagere om noe ikke går som forventet?*
- *Vet pasienten/brukeren hvem han eller hun skal kontakte om noe ikke går som forventet?*
- *Er pasienten/brukeren godt kjent med sine medisiner og risiko med disse?*
- *Kjenner personalet pasientens/brukerens medisin?*
- *Forekommer det avbrytelser som forstyrrer personalet og eller pasienten/brukeren og pårørende?*
- *Blir pasienten/brukeren opplyst om hvordan han eller hun selv kan være med på å forebygge feil?*

Kan pasienten påvirke beslutninger som angår han eller hennes behandlingsforløp?

Eksempler

- *Har pasienten/brukeren oversikt over hva som skal skje og føler seg trygg på dette?*
- *Forstår pasienten /brukeren formålet med behandlingsplan og forløp?*
- *Er det tid og rom for å stille utdypende spørsmål?*
- *Blir pasienten/brukeren opplyst om andre muligheter i tilfeller det finnes alternativ behandling?*
- *Blir pasienten/brukeren opplyst om mulig komplikasjoner og risiko forbundet med behandlingen?*
- *Blir pasienten/brukeren opplyst om hvordan han eller hun selv kan være med å støtte (understøtte/påvirke) et behandlingsforløp?*



Pasient og brukersikkerhetsvisitt

Ansatte som jobber med pasienter og brukere kan diskutere utfordringer rundt pasientsikkerheten på sin arbeidsplass med øverste ledelse i kommunen eller leder(e) for en større virksomhet som for eksempel et helseforetak.



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland



Prosedyre



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

I trygge hender
pasientsikkerhetsprogrammet.no



Ledelse av pasientsikkerhet: Bruker/pasientsikkerhetsvisitt

HVA

En pasient/brukersikkerhetsvisitt går ut på at ansatte som møter pasienter og brukere i sitt daglige arbeid kan diskutere utfordringer rundt pasientsikkerheten på sin arbeidsplass med øverste ledelse i sykehjemmet. Pasient/brukersikkerhetsvisittene er avtalt på forhånd, og de ansatte er informert om hensikten. Under visittene diskuterer de ansatte konkrete sikkerhetsutfordringer i avdelingen. I samarbeid med ledelsen blir de enige om de viktigste konkrete tiltak som øverste leder og de ansatte skal iverksette i løpet av en gitt periode for å imøtekomme disse utfordringene. Etter at perioden er slutt følger institusjonssjefen opp visittene for å høre om tiltakene er blitt iverksatt og har hatt ønsket effekt. Pasientsikkerhetsvisittene skal ikke være engangsforeteelser, men del av en kontinuerlig forbedringsprosess.

HVORFOR

Hensikten med visittene er å avdekke risikoforhold og forbedringsområder ved å lytte til de ansattes tanker og opplevelser knyttet til deres egen arbeidshverdag. Ved å gjennomføre en pasientsikkerhetsvisitt får ledelsen førstehåndsinformasjon om utfordringene knyttet til pasientsikkerhet i avdelingene. Ved å gjennomføre en visitt viser ledelsen også støtte til personalet og synliggjør engasjement for temaet. Visittene vil således kunne bidra til å utvikle en åpen kultur hvor pasientenes sikkerhet har første prioritet.

Med bruker/pasientsikkerhetsvisitter kan følgende oppnås:

Øke bevisstheten rundt bruker/pasientsikkerhet

Gjøre bruker/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.

HVORDAN

Bruker/pasientsikkerhetsvisitter kan gjennomføres overalt hvor det ytes helse- og omsorgstjenester. Under visittene diskuterer de ansatte konkrete sikkerhetsutfordringer og forbedringsmuligheter i avdelingen, og blir enige om de tre viktigste tiltakene som bør iverksettes i løpet av en gitt periode.

Prosessten med å gjennomføre en bruker/pasientsikkerhetsvisitt består av tre faser; forberedelse, selve visittene og oppfølging. Før visittene iverksettes må man avklare hvem som skal lede prosessen, hvilke grunnleggende regler man skal ha og hvordan fremdrift og resultater registreres.

Ledergruppen bør ha pasientsikkerhetsvisitter som fast tema på ukentlige møter.

Pasientsikkerhetsvisitter bør oppsummeres årlig av ledergruppen og legges inn i sykehjemmets handlingsplan/års hjul



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

I trygge hender
pasientsikkerhetsprogrammet.no



Verktøy:

[Veileder for gjennomføring av pasient- og brukersikkerhetsvisitter i kommunal helse- og omsorgstjeneste](#)

[Forbedringsguiden](#)

Referanser:

[Pasientsikkerhetsprogrammet](#)



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

Pasientsikkerhetsvisitt

1. Avdelingen skal ha fokus på kommunikasjon mellom de ansatte

- Tydelig språk
- Utveksle nødvendig informasjon
- Bruke huskeliste, alle ansatte skal kunne ta ut huskeliste og skrive ut huskeliste
- Ansatte møtes før lunsj for å gjøre opp status for arbeidet som er gjort så langt- man samkjører arbeidsoppgaver og avtaler

2. Avdelingen skal ha fokus på aktiviteter på dag og ettermiddag

- Ukeplan for aktiviteter med idebank for aktiviteter
- Ansvarlig for aktivitet skal føres i vaktboken

3. Motivasjon

- Avdelingen skal ha fokus på å motivere beboere til å delta på aktiviteter
- Hvordan snakker vi til beboerne om det som skal skje i dag



- Helse Fonna - Geriatri



**Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester**
Hordaland

Takk for oppmerksomheten !



Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland

Postadresse PB 7700, 5020 Bergen

e-post: utviklingssenter@bergen.kommune.no

www.bergen.kommune.no/utviklingssenter

www.utviklingssenter.no

[USHT på facebook](#)



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

Ledelse av pasientsikkerhet

«Slik har vi gjort det hos oss»

Hege Huseklepp, Prosjektleder og fagutviklingssykepleier

Løvåsen sykehjem, Bergen kommune

Hege.huseklepp@bergen.kommune.no

Pilotprosjekt Løvåsen sykehjem

- Prosjektperiode juni- september
- Utvalg- 24 pasienter med langtidsvedtak
- Gruppe 5A- 5B- 5C

Prosjektgruppen vår

- Sykehjemslege- Aleksandar Rakovic
- Gruppeleder- Linda I Ciriaco
- Hjelpepleier- Siv Nautnes Eliassen
- Avdelingssykepleier- Lisbeth Sylta
- Sykepleiefaglig konsulent - Hege Huseklepp
- Rådgiver fra USHT Hordaland- Kari Sunnevåg



Oppstart

- Arbeidsmøter med prosjektgruppen
- Fremdriftsplan
- Tema på ledermøter
- Tema på brukerrådsmøte
- Utarbeidet informasjonsbrosjyre
- 2 møter der alle primærkontakter hadde obligatorisk oppmøte
- Faste vikarer og helgevakter ble også inkludert – husk nattevakter

Primærkontakter

Alle primærkontakter fikk i oppdrag å kartlegge egne pasienter

Kartlegging som skulle gjøres var:

- Hva er viktig for meg
- RISIKOOMRÅDER

Pasientsikkerhet:

Helse- og omsorgstjenesten redder liv og opprettholder funksjon og livskvalitet for pasienter. Samtidig er det en stor risiko for uønskete hendelser og pasientskader. I tråd med Verdens helseorganisasjon defineres pasientsikkerhet som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.

Pasient:

Primærkontakt: Ranveig

Sekundærkontakt: Rebecca

Hva er viktig for din pasient?

(Spør pasient, eller bruk bakgrunnsopplysninger eller pårørende om du ikke vet. Dette kan være: musikk, tur, være i fred, andakt, ett glass rødvin på lørdag)

Hva betegner du som risikoområder for din pasient?

(Ett risikoområde kan være f.eks.: Trykksår, UVI, fall, ernæring, riktig legemiddelbruk)

Å være god
mot mine
venner

Få mulighet
til å delta på
mest mulig

Få være sammen
med andre

Ha en god
ånd å være
venner

Å kunne gå i
butikken, treffe
folk.
Få mulighet til å
treffe gamle kjente
Ha noen å prate
med

LIVET

Risikoområder

- Fall
- Trykksår
- UVI
- Ernæring

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

← Problem

1. Hva ønsker vi å oppnå?

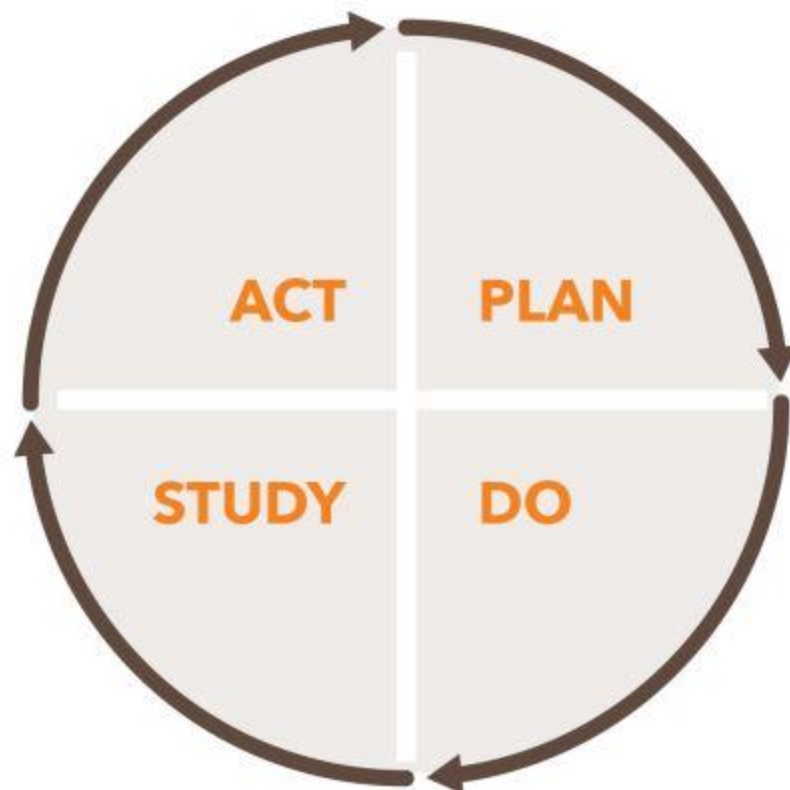
← Mål

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

← Målinger

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

← Tiltak/ideer



← Test av ideer i liten skala før implementering

Mål

- Redusere antall behandlingskrevende UVI med 50 %
- 30 dager uten fall med skade
- 100 dager uten nye trykksår

Gjennomføring

1. Pasientsikkerhetsvisitt
2. Tavlemøter
3. Pasientens fotspor



[illegible]

GENERELLE TILFØR Å FØRSTEGÅR IDENTIFIKATIONER

1. Tilde tildeling med tildeling - identifikation af de 10-15 årige og 10-15 årige
2. Tilde tildeling med tildeling
3. Tilde tildeling med tildeling - tildeling af de 10-15 årige og 10-15 årige
4. Tilde tildeling med tildeling - tildeling af de 10-15 årige og 10-15 årige
5. Tilde tildeling med tildeling - tildeling af de 10-15 årige og 10-15 årige

1. Tilde tildeling med tildeling - tildeling af de 10-15 årige og 10-15 årige

[illegible]

KLASSIFISERING AV TRYCKSÅR

Grad 1:



Rødt område med tryk, intet sår, men ikke bleker ved tryk. Tryk forsvinner på 30 sekunder. Enklest å behandle.

Grad 2:



Enhet tryk av huden, kan se ut som et åpenbart sår. Sårer ut tryk med tryk på huden, intet sår.

Grad 3:



Tryk av huden, huden er tykkere, mer muskler, intet tryk. Tryk forsvinner på 30 sekunder. Enklest å behandle.

Grad 4:



Tryk av alle muskler, ben, men ikke muskler av huden. Tryk av alle muskler, intet tryk. Tryk forsvinner på 30 sekunder.

[illegible]

Hvorfor risikotavle?

- Hjelper oss til å sette fokus på risikoområder og kontinuerlig forbedring
- For eksempel riktig legemiddelbruk, samstemming, riktig antibiotika bruk, reduksjon av fall, reduksjon av underernæring

Nytten av tavlemøter

Systematisk risikokartlegging

Effektivt tverrfaglig samarbeid

Engasjerer og ansvarlig gjør hele personalgruppen

Endrer fokus

Orden og fart på kartlegginger

Oversikt over pasientforløpet



PASIENTTRYGGLEIK
VÅRT ANSVAR

I pasientens/brukers fotspor

- Tiltaket innebærer at en representant fra øverste ledelse fysisk følger med og observerer pasientens/brukers møte med virksomheten

FORBEDRINGSTAVLE

FALLTABELL 5ABC								
2017	JAN	FEB	MAR	APR	MAI	JUN	JUL	AUG
UTEN SKADE	8	8	16	15				
MED SKADE	2	1						
ANTALL PASIENTER	5	4	4	2				
SISTE FALL SKJEDDE: 3.4.17								
ANTALL DAGER UTEN FALL: 37								

I TRYGGE HENDER 24/7
Nasjonal pasientsikkerhetskampanje

[illegible]

Fall sikkerhets-kryss

Måned:

Post:

Dag uten
fall

Ett fall

Flere fall

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

HUSK Å FEIRE



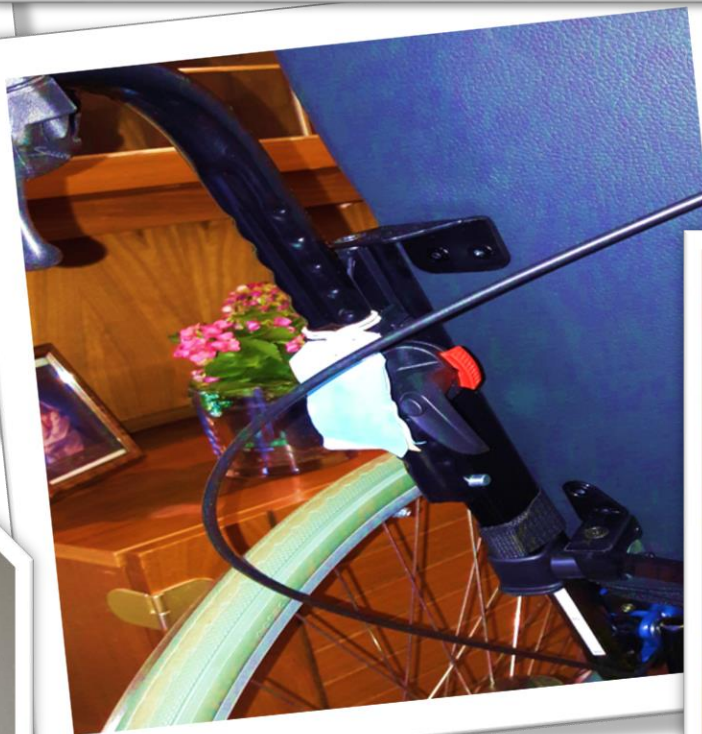
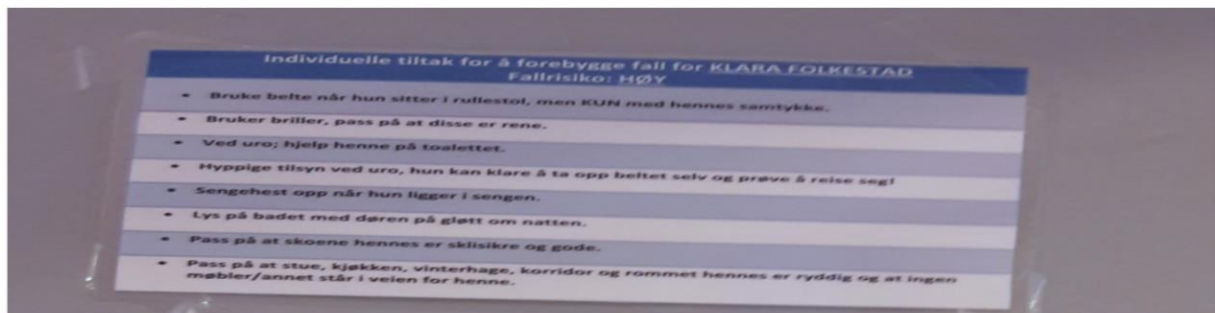
Erfaringer så langt

- Alle deltar og er engasjert
- Nøkkelpersoner viktig
- Vi jobber målbevisst
- Vi har bedre oversikt
- Flere avdelinger ønsker å starte
- Pårørende engasjerer seg
- Fremkommer tydelig hva vi er god på
- Nye risikoområder
- Primærkontakters oppgaver er lettere å følge opp

Brev fra pårørende

Jeg har med interesse lest orienteringene om Pasientsikkerhet, og jeg har følgende innspill etter observasjoner.

Det første gjelder muligheten for pasienter å komme seg ut i hagen på baksiden. For avdelingene A og B går dette greit både for gående og rullestolbrukere, ettersom overgangen mellom støpt platting utenfor utgangsdøren og belegget på hagestien er lagt i plan. Men for avdeling C er denne overgangen på ca. 3-4 cm, noe som er til stort hinder for alle og gir en absolutt snuble-/fallrisiko for gående, både pasienter og gjester.



KE 18

AKTIVITETER I AVDELINGEN

NDAG

TRIM I STUEN
5A KL. 1100

MUSIKK OG SANG
I VINTERHAGEN
PÅ 5B KL. 1400

RS DAG

BOWLING I STUEN
PÅ 5C KL. 1130



DEN GODE
SAMTALEN I
VINTERHAGEN
PÅ 5B KL. 1400

SDAG

UNDERHOLDNING
MED TREKKSPILL
PÅ 5C KL. 1130



ORDSPILL I
STUEN PÅ 5A KL.
1345

RS DAG

KURVKAST I
STUEN PÅ 5C KL.
1100



VELVÆRESTUND
I VINTERHAGEN
PÅ 5B KL. 1400

REDAG

ORDSPILL I
STUEN PÅ 5B KL.
1400

R/SØN

UKE

AKTIVITETER I AVDELINGEN

4A OG 4B

MANDAG

MUSIKK OG SANG I
STUEN PÅ 4A KL:13.30

MUSIKK OG SANG I
STUEN PÅ 4B KL:13.30



TIRSDAG

UNDERHOLDNING MED
MUNNSPILL I STUEN
PÅ 4B KL: 13:30



ONSDAG

VELVÆRESTUND I
VINTERHAGEN PÅ 4A
KL:13:30

VELVÆRESTUND I
VINTERHAGEN PÅ 4B
KL:13:30

LUDO SPILL I STUEN
PÅ 4A KL:17:00



HELSE OG VELVÆRE



Ludo Spill

TORS DAG

BINGO I VINTERHAGEN
PÅ 4A KL:13:30



FREDAG

MUSIKK OG DANS I
STUEN PÅ 4B KL:13:30

MUSIKK OG DANS I
STUEN PÅ 4A KL:13.30



LØR/SØN

LUDO SPILL
I STUEN PÅ 4A
KL: 12:00



LUDO SPILL

testet 1/11-16

JAN FEB MAR APR MAI JUN JUL AUG SEP OKT

HULTEN
over 3. mnd

501 502 503 504 521 522 523 524	561 562 563 564 505 506 507 508	525 526 527 528 565 566 567 568	501 502 503 504 521 522 523 524	561 562 563 564 505 506 507 508	525 526 527 528 565 566 567 568	501 502 503 504 521 522 523 524	561 562 563 564 505 506 507 508	525 526 527 528 565 566 567 568	501 502 503 504 521 522 523 524
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MNA
over 6. mnd

561 562 525 505	521 522 565 506	501 502 526 566	563 564 527 507	523 524 567 508	503 504 568 528	561 562 525 505	521 522 565 506	501 502 526 566	563 564 527 507
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

ERNÆRINGSPLAN
over 6. mnd

561 562 525 505	521 522 565 506	501 502 526 566	563 564 527 507	523 524 567 508	503 504 568 528	561 562 525 505	521 522 565 506	501 502 526 566	563 564 527 507
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

STRATIFY + BRADEN
over 6. mnd

501 502 526 566	563 564 527 507	523 524 567 508	503 504 568 528	561 562 525 506	521 522 565 506	501 502 526 566	563 564 527 507	523 524 567 508	503 504 568 528
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

**ELLEBSKRIVELSE
AKTIVITETSPLAN**
over 6. mnd

				501 502 503 504 521 522 523 524 561 562 563 564	505 506 507 508 525 526 527 528 565 566 567 568				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PPFØLGINGS-SAMTALE
x 1 i året

561 527	568 525 505	521 562 506	501 522 565	507 526	503 563			504 528 564	508 524 567
------------	-------------------	-------------------	-------------------	------------	------------	--	--	-------------------	-------------------

LMG
over 6. mnd

503 504 568 528	561 562 525 505	521 522 565 506	501 502 526 566	563 564 527 507	523 524 568 528	503 504 568 528	561 562 525 505	521 522 565 506	501 502 526 566
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Suksesskriterier

- Engasjement fra ledelsen
- Forberedte og ferdigstilte tavlen –alt klart til oppstart
- Ukentlig oppfølging av avdelingssykepleier og fagsykepleier
- Hjelp til utarbeidelse av skriftlige materiell/innkjøp
- Helsefagarbeiderne er viktig

Forutsetning for suksess

Forankring i **ledelsen**

Fokus på **fagledelse**

Kompetanse

Ansvarliggjorte enkeltpersoner

LEDELSE AV PASIENTSIKKERHET

TAVLENE VÅRE



EG FØLGER
RETNINGSLINJENE!



LØVÅSEN SYKEHJEM



I TRYGGE HENDER 24/7
Nasjonal pasientsikkerhetskampanje

TRYKKSÅR

MÅL: 100 dager uten
nye trykksår

FALL

MÅL: 30 dager uten fall

ERNÆRING

MÅL: Ingen vektnedgang
over 2 kg neste 3 mnd

UVI

MÅL: Redusere antall
behandlingskrevende
UVI med 50 %

TILTAK

Alle pasienter er kartlagt for alle
risikoområdene

«Viktig for meg» på alle pasienter

Alle pasienter har fått individuell tiltaksplan
for sine risikoområder

Tavlene er i bruk hver dag

Tavlemøter/gjennomgang ved hvert skift

Uhentlig gjennomgang og oppfølging av
tavlen sammen med fagstøttepersoner og
avdelingsstøttepersoner

Pasientsikkerhetsvisitt har blitt gjennomført
ved alle gruppene

«I pasientens fotspor» har blitt utført i 5.
etasje og 4AB – gode tilbakemeldinger

MINE HANDLINGER PÅVIRKER ANDRE

I TRYGGE HENDER 24/7

MINE HANDLINGER PÅVIRKER ANDRE

I TRYGGE HENDER 24/7



HUSK
AUTSKLISØKKER

Teamsammensetning og fremdriftsplan

NYTTIGE TIPS

1. Avklare hvem som er teamleder
2. Avklar hvor mye tid som kan settes av til arbeidet
3. Etablere et tverrfaglig team med tydelige roller og ansvar og som møtes hyppig
4. Involver kolleger utenfor forbedringsteamet
5. Få innspill fra beboere/pårørende
6. Ledere som etterspør fremdrift og resultater
7. Arena for refleksjon og læring - Tavlen

Plan for læringsnettverket



Kommune/avdeling	Bergen kommune/Fana sykehjem
Kontaktperson/epost	Ola Nordmann
Hovedmål for vår avdeling	• Redusere pasientskader. • Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet • Forbedre pasientsikkerhetskulturen
Risikotavle	Ansvarlig: Avdelingsleder
Pasientsikkerhetsvisitt	Ansvarlig: Institusjonssjef
Pasientens fotspor	Ansvarlig: Fagsykepleier

I trygge hender

24
7

Fremdriftsplan: Hva må vi gjøre for å innføre de tre tiltakene? (1. samling)

#	Innsatsområde	Hva skal gjøres?	Hvem skal gjøre det?	Når skal det gjøres?						
				sept	okt	nov	des	jan	feb	mar
1	Risikotavle (Innkjøp, henge opp, opplæring, finne risikoområder, kartlegge viktig for meg med mer)	• Bestille tavle, samt magneter-hvor skal tavle henge-personvern • Opplæring av avdelings personal • Finne risikoområder i vår avdeling • Lage mål tid og tallfestet • Kartlegge hva er viktig for meg • Lage brosjyre til pårørende/pas	• <u>Innkjøpsansv</u> • <u>Avd leder</u> • <u>Primærkontakt</u> • <u>Primærkontakt</u> • <u>inst</u>	x						
2	Pasientsikkerhetsvisitt (Når skal det gjennomføres, hvem skal planlegge møtet, informasjonsskriv med mer)	• Finne datoer som passer x 2 • Lage invitasjon • Se på avvik	• <u>Inst/resultenh</u> • <u>Inst/resultenh</u> • <u>Avd.leder</u>			x				x
					x					
					x					
3	Pasientens fotspor (Aktuelt område å følge pasienten, planlegge, samtykke med mer)	• Hva vil vi undersøke nærmere hos oss/forbedre? • Samtykke/skriv til pas/pårørende • Info til pas/pårørende	• <u>Avd.leder</u>				x			
						x				
						x				



Selvevalueringstall etter samling 1 (karakterskala 1-5)

1

Skjemaet leveres arrangørteamet etter samling 1. Alle får kopi i etterkant.



Hvordan er fremdriften?

Selvevaluering - skala

Selvevalueringstall 1: Teamet har ikke kommet i gang

Planer og ideer, men ingen aktivitet.

Selvevalueringstall 2: Aktivitet uten forbedring

Møter, kartlegging, utarbeidelse av skjemaer, gjennomgang av historiske data, diverse målinger etc., men ingen endret atferd eller praksis.

Selvevalueringstall 3: Enkelte forbedringer har kommet frem

Endret atferd eller praksis i forhold til tidligere.

Selvevalueringstall 4: Påtagelige forbedringer er målt.

Endringene har ført til målbare forbedringer sammenliknet med tidligere praksis.

Selvevalueringstall 5: Påtagelige forbedringer er målt, og forbedringene har fått gjennomslag i systemet

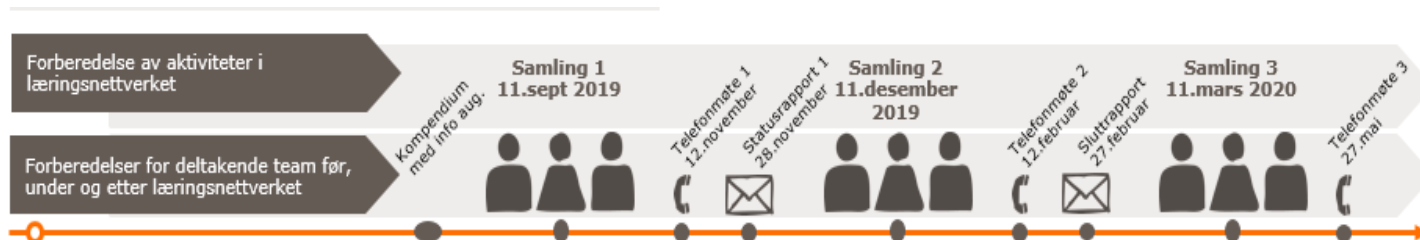
Endringene er standardisert i systemet, og forventes å bestå også etter at prosjektet er avsluttet.



**Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester**
Nordland

Milepæler i læringsnettverket 2019/2020

Oversikt over arbeidsprosessen og forventninger knyttet til arbeidet



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland



Vestvågøy kommune
– i forkant



Vefsn
kommune
– Et steg foran



Telefonmøter

12. november møtetidspunkt for gruppe 2, 3, 4, 5, 10

12. februar møtetidspunkt for gruppe 6, 7, 8, 9

27. mai oppsummeringsmøte med gruppeledere

Dele erfaringer og rapportere om fremdrift og resultater underveis i arbeidet



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland



Vestvågøy kommune
– i forkant



Vefsn
kommune
– Et steg foran



Posters/plakater

Resultat

- Tidligg utdeling av alvorlig sykdom
- Sepanert medisinering
- Kartlegging av MMH, ESAS & Adferdsregistrering for og etter LMA
- Nesten alle har fått indikasjon i LMA
- Fått på plass egen rutine for å implementere LMA i/innkomst & Årskontroll
- LMA gjennomført med lege & Farmasøyt

Leu - 25

FURUMOEN SYKEHJEM

Hb 8,4

Jern - 6

D-vitamin - 17

Ferritin - 800

Lymfocytter 11,7

S-ALP 278

S-GT 155

Trombocytter 140

Utfordringer:

- Stor institusjon - 12 enheter - 36 personetermisker - 63 somatiske pasienter
- 12 senger avsett til korttidsopphold (innsatt i 3 linjehjem) totalt 111 pasienter
- 270 ansatte - 130 årverk
- 4 forskjellige leger
- 4 tidspress
- Pasienter under LMA fikk rapporterte ulike sykdom
- 17 barn til domstol og utbrutt LMA på Paulsen
- Audeingene har komplekse sykdomsbilder som gir utfordringer i en LMA

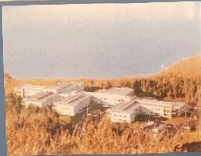
Forbedringsteam:

Teamleder: Siri B. Behnisen
Medlemmer: Mari H. Line R.
Teamleder: Gunn Hauken

TTbak:

- Kartlegging MMH, ESAS
- Bloodprøver
- Kommunikasjon: påvarende personell lege
- Farmasøyt gjennomgang
- Tverrfaglig samarbeid

SEPANERT




**Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester**
Nordland



Vestvågøy kommune
- i forkant



Vefsn kommune
- Et steg foran

Endringsarbeid gjøres i fellesskap..



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland

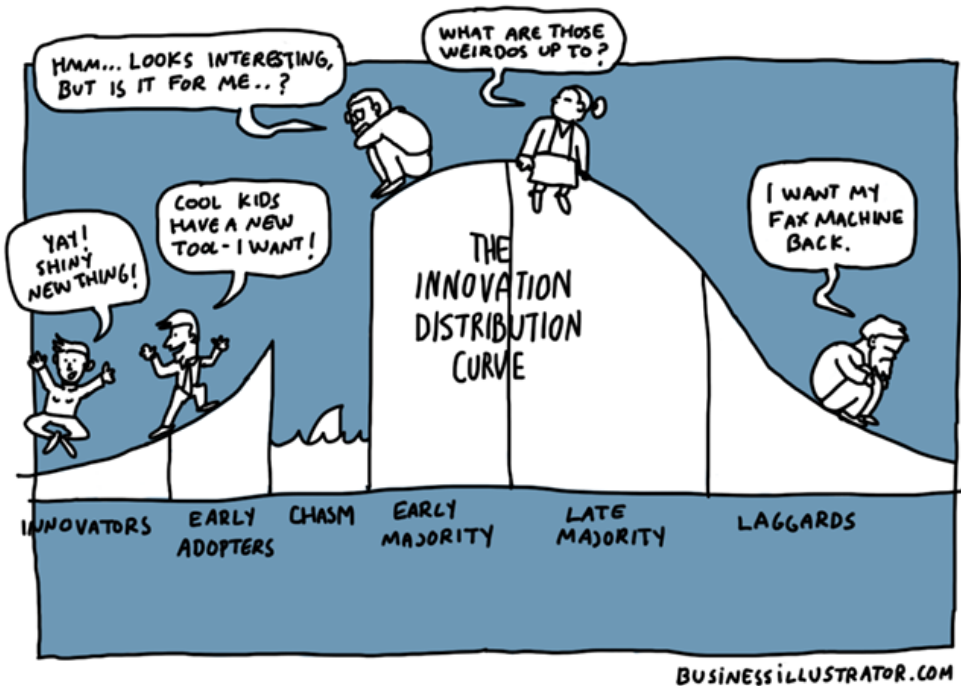


Vestvågøy kommune
– i forkant



Vefsn
kommune
– Et steg foran

...og endringsarbeid tar tid...



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland



Vestvågøy kommune
– i forkant



Vefsn
kommune
– Et steg foran



..og krever en tydelig metodikk..

Langley, Nolan, Norman, Provost



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland



Vestvågøy kommune
– i forkant



Vefsn
kommune
– Et steg foran



Åpenhet for forbedringer?

Nei, helst ikke ☹️

Vi har det altfor travelt ☹️

Ja, takk 😊

*En positiv innstilling løser ikke alle problemer i verden, men det løser alle problemer
BEDRE enn en negativ innstilling." - Z. Ziglar*



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland



Vestvågøy kommune
– i forkant



Vefsn
kommune
– Et steg foran



Feiring av resultatene



Gi ros til medarbeiderne 😊

Enhetslederne baker kaker 😊

Inviter media😊



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland



Vestvågøy kommune
– i forkant



Vefsn
kommune
– Et steg foran

Ord på veien

«Hvis du vil oppleve lykke i en time - ta en lur

Hvis du vil oppleve lykke i en dag - dra på fisketur

Hvis du vil oppleve lykke i et helt år - arv en formue

Hvis du vil oppleve lykke i et helt liv - hjelp andre mennesker»

- Kinesisk ordtak



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland



Vestvågøy kommune
- i forkant



Vefsn
kommune
- Et steg foran

Kontaktpersoner

Eva-Alice M. Slettevoll (avd.leder USHT)

Mobil 99253051

eva-alice.slettevoll@vefsn.kommune.no

Kirsti Otervik (fagutviklingssykepleier)

Mobil 41584311

Kirsti.otervik@vefsn.kommune.no

Studiesenteret RKK

studiesenteret@vefsn.kommune.no

Silje.bergsnev@vefsn.kommune.no

Kilde: www.pasientsikkerhetsprogrammet.no



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nordland



Vestvågøy kommune
– i forkant



Vefsn
kommune
– Et steg foran

