



Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester  
Østfold

I trygge hender  
pasientsikkerhetsprogrammet.no



## Ledelse av pasient- og brukersikkerhet i kommunal helse- og omsorgstjeneste i Østfold 2016



Kompendium med tiltakspakke, skjemaer og maler til  
forbedringsteamene

## **Innhold**

### **DEL 1**

Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetsprogrammet	1
Innledning	4
Tiltakene som presenteres i dette kompendiet	4
Tiltak 1. Pasient- og brukersikkerhetsvisitt	5
Tiltak 2. I pasientens/brukerens fotspor	8
Tiltak 2. Tavlemøter	10
Forbedringsledelse	12
Forbedringskunnskap og - metodikk	13
Referanser	16

### **DEL 2**

Velkommen til læringsnettverk	18
Krav til målformuleringer - SMARTE	20

#### **Vedlegg skjemaer:**

- 1. Fremdriftsplan**
- 2. Tankekart**
- 3. Statusrapport**
- 4. Selvevaluering**
- 5. Telefonkonferanse**
- 6. Utforming av poster**
- 7. Mal for poster**
- 8. Sluttrapport**

## Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetsprogrammet

I tråd med Verdens helseorganisasjon defineres pasientsikkerhet som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (1).

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* skal bidra til å redusere pasientskader i Norge. Dette gjøres med målrettede tiltak på utvalgte områder i hele helsetjenesten.

Forbedringskunnskap, brukerorientering og kunnskapsbasert praksis er grunnleggende forutsetninger for programmets arbeid. Tiltakspakkene inneholder de antatt viktigste tiltakene for å unngå pasientskader, og er utarbeidet i samarbeid med praksisfeltet. Tiltakspakkene bygger på forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens/brukerens ønsker og behov. Programmet tilbyr også ulike forbedringsverktøy for å redusere pasientskader.

Mer om programmet: [pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://pasientsikkerhetsprogrammet.no)

### Kontaktinformasjon

Sekretariatet er plassert i Helsedirektoratet og er ansvarlig for utvikling og daglig drift av programmet. Oversikt over sekretariatet finner du på programmets nettsider [pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://pasientsikkerhetsprogrammet.no)

Generelle henvendelser: [post@pasientsikkerhetsprogrammet.no](mailto:post@pasientsikkerhetsprogrammet.no)

Sekretariats telefon: 464 19 575

Alle helseforetak har regionale programledere som bistår og veileder iverksettingen av programmet lokalt. Disse er ansvarlige for programmet i sykehusene og er kontaktpersoner for de lokale programlederne.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester har en tilsvarende funksjon med støtte forbedringsteam i kommunene: [utviklingssenter.no](http://utviklingssenter.no)

Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram *I trygge hender 24-7*

Helsedirektoratet, Oslo, 2016

#### **Arrangørteamet i Østfold, 2016**

- Wenche Charlotte Hansen  
Prosjektleder Ledelse av pasient- og brukersikkerhet i Østfold  
Tlf: 930 97 760, epost: [whanse@fredrikstad.kommune.no](mailto:whanse@fredrikstad.kommune.no)
- Elisabeth Østensvik  
FoU-leder Utviklingssenter for sykehjem i Østfold  
tlf: 913 63 873, epost: [elos@fredrikstad.kommune.no](mailto:elos@fredrikstad.kommune.no)
- Eivind Bjørnstad  
Prosjektleder Utviklingssenter for hjemmetjenester i Østfold

## Innledning

I dette kompendiet beskrives et utvalg av praktiske ledelsestiltak til bruk for ledere på alle nivåer i kommunal helse og omsorgstjeneste. Hensikten er å gi ledere et utgangspunkt og verktøy for å styrke og videreutvikle pasient- og brukersikkerhetsarbeidet i egen virksomhet. De ulike tiltakene skal ikke sees som uavhengige av hverandre, men som et sett med tiltak som sammen vil styrke arbeidet med pasient- og brukersikkerhet.

Kompendiet presenterer metodiske tilnærminger for å sette kvalitet og ledelse på dagsorden, identifisere områder med behov for forbedring og igangsette forbedringsprosesser, være synlig og lytte til medarbeidere, involvere pasienter og brukere, og treffe beslutninger basert på kunnskap og ikke antagelser. Basert på dette utvikles og iverksettes forbedringsprosesser som skal sikre nødvendig endring.

En overordnet beskrivelse av fagområdet forbedringsledelse presenteres i kompendiet. En nærmere beskrivelse av viktige dimensjoner og forutsetninger for ledelse av pasient- og brukersikkerhetsarbeid i en virksomhet finnes i «Veileder for ledelse av pasientsikkerhet» som er tilgjengelig på Pasientsikkerhetsprogrammets nettsider.

Pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler bruk av forbedringsmodellen («Model for Improvement») for å lykkes med innføring av forbedringstiltak. En leder bør ha kunnskap om og helst erfaring med å bruke denne modellen som verktøy i et klinisk forbedringsprosjekt. Forbedringsmodellen beskrives kort i slutten av kompendiet. For en nærmere redegjørelse for de ulike stegene, prinsippene og verktøyene i et klinisk forbedringsprosjekt, anbefales pasientsikkerhetsprogrammet sin nettside «Gangen i klinisk forbedringsprosjekt». Denne nettsiden vil være tilgjengelig tidlig i 2016.

## Tiltakene som presenteres i dette kompendiet

- 1. Pasient- og brukersikkerhetsvisitter**
- 2. I pasientens/brukerens fotspor**
- 3. Tavlemøter**

De fleste tiltakene tar utgangspunkt i ledelsesverktøy fra Institute for Healthcare Improvement (IHI) i USA (2,3), og er inspirert av Dansk Selskap for patientsikkerhed (4). Tiltakene er tilpasset norske forhold basert på tidligere erfaringer fra blant annet sykehus og sykehjem.

## Tiltak 1. Pasient- og brukersikkerhetsvisitt

### Hva er en pasient- og brukersikkerhetsvisitt?

En pasient- og brukersikkerhetsvisitt kan utføres overalt hvor pasienter mottar helsehjelp. Visitten går ut på at øverste leder(e) i en organisasjon eller institusjon besøker avdelingene. Pasient- og brukersikkerhetsvisittene er avtalt på forhånd, og de ansatte er informert om hensikten. Pasient- og brukersikkerhetsvisittene skal ikke være engangsforeteelser, men utgjøre en fast del av en kontinuerlig forbedringsprosess.

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 topplederen opp visitten for å høre om tiltakene er blitt iverksatt og har hatt ønsket effekt.

Ved å gjennomføre en slik visitt får ledelsen førstehåndsinformasjon om utfordringene knyttet til pasient- og brukersikkerhet i avdelingene. Gjennom 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/brukernes sikkerhet har første prioritet.

### Hvordan gjennomføre en pasient- og brukersikkerhetsvisitt?

Proessen med å gjennomføre en pasient- og brukersikkerhetsvisitt består av *tre faser; forberedelse, selve visitten 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.

#### 1. Forberedelse

Det er viktig at etatssjef, områdedirektør, institusjonssjef, virksomhetsleder eller en annen representant fra øverste ledelse tar en sentral rolle i pasient- og brukersikkerhetsvisittene. Ledere på underliggende nivå bør også delta. Det bør imidlertid ikke være flere ledere enn frontlinjepersonell tilstede under visitten. Det anbefales å utnevne én person som ansvarshavende på hver avdeling/enhet.

En gruppe på fem personer fra den enheten som besøkes og som avspeiler personalets sammensetning er det ideelle. Dette kan også omfatte ufaglærte, kjøkkenpersonale, pleieassistenter eller lignende. En sekretær og en koordinator for visitten bør også delta.

Utnevnt ansvarlig på avdelingen/enheten bør finne frem relevant informasjon i forkant av visitten, for eksempel rapporter om uønskede hendelser.

Tid og sted for visitten må avklares i god tid i forkant av gjennomføringen. Visitten bør ikke overstige én time, og bør foregå så nær det aktuelle arbeidsmiljøet som mulig. Visittene bør *aldri avlyses*, men kan unntaksvis utsettes.

Alle ansatte må kjenne til hva visittene går ut på og at formålet er å identifisere rutiner og systemer som bidrar til risiko for pasienter, ikke enkeltindividers handlinger. De må orienteres om at opplysninger som kommer frem under visitten er konfidensielle og at ansatte ikke vil bli beskyldt på grunnlag av informasjon som fremkommer. Mellomledere må gjøres spesielt kjent med formålet slik at det ikke skaper unødig uro om hva som kommer frem under visitten.

## **2. Selve visitten**

Deltakerne presenterer seg selv. Formålet med visitten avklares. Dersom det er planlagt kan ledergruppen gå en kort runde på avdelingen/enheten. Det bør oppfordres til åpen diskusjon og at synspunktene til alle som deltar blir hørt. Samtalen bør holdes til temaet for visitten.

Et felles sett med spørsmål som kan tilpasses den enkelte avdeling anbefales. Se forslag til spørsmål i eget vedlegg. Enkelte sentrale punkter bør også dokumenteres, som kommunikasjon, bemanning, miljø, opplæring, gruppearbeid, rapportering av hendelser, utstyr og prosess. Deltakerne skal identifisere inntil tre problemer knyttet til sikkerheten som lederen tar med seg, registrerer og iverksetter hensiktsmessige tiltak for å løse. Problemene bør realistisk sett kunne løses på relativt kort sikt.

Øverste leder oppsummerer runden.

## **3. Oppfølging**

Umiddelbart etter visitten må ledergruppen evaluere den. I løpet av fire virkedager bør sekretæren sende ut et referat, koordinator går gjennom referatet med leder og skriver i fellesskap et brev til deltakerne av visitten. Lederen har ansvar for å overvåke og avslutte tiltak. Personene som tok opp problemer som det ble iverksatt tiltak for å forbedre, skal informeres om fremdriften. Hvis problemene ikke kan løses på nåværende tidspunkt, skal vedkommende informeres om årsak. Et tiltak skal kunne avsluttes når det er funnet en løsning, eller når det er enighet om ikke å iverksette ytterligere tiltak.

I oppfølgingsvisitten som skal gjennomføres to - tre måneder senere, er det viktig å avklare hvilke tiltak som er satt i verk og analysere om disse har ført til forbedring i enheten.

Ledergruppen bør ha pasient- og brukersikkerhetsvisitter som fast tema på ukentlige møter. Årlige oppsummeringer lages av koordinatoren og bør gjennomgås av toppledergruppen, og andre relevante utvalg.

For mer informasjon om *pasient- og brukersikkerhetsvisitter*, se referanse nr. 5.

### Erfaringer fra Tønsberg kommune

Eksempler på tiltak som er iverksatt i kommunen etter gjennomføring av pasientsikkerhetsvisitter:

- Utarbeidelse av sjekklister for kartlegging av risiko for fall
- Tiltak for å øke personalets fokus på risiko for fall
- Endringer i rutiner for medisindeling for å redusere antall avvik relatert til dette
- Utarbeidelse av individuelle tiltaksplaner i pasientjournalen for behandling av underernæring

Tønsberg kommune deltok i Pasientsikkerhetsprogrammets læringsnettverk for ledelse i 2013/2014. Tiltakene ble tilpasset kommunens helse- og omsorgstjenester. Det ble blant annet utarbeidet et eget skjema for å sette opp en tiltaksplan etter visitter, sendt ut informasjonsbrev og laget en informasjonsplakat til den avdelingen der visitt var planlagt.

Tiltaksplan etter pasient- og brukersikkerhetsvisitt					
Identifiserte problem på visitten	Hva ønsker dere å oppnå (hva er målet) for å løse problemet?	Hvilke målinger/resultater kan dokumentere at endringen dere iverksetter er en forbedring?	Hvilke konkrete tiltak vil dere iverksette for å nå målet?	Hvem har ansvaret?	Når er endringene iverksatt?
<b>Problem 1:</b>					
<b>Problem 2:</b>					



<b>Problem 3:</b>					
<b>Problem 4:</b>					

## Tiltak 2. I pasientens/brukerens fotspor

### Hva er «I pasientens/brukerens fotspor»?

Dette tiltaket innebærer at en leder i institusjon/virksomhet fysisk følger en pasient/bruker og her observerer hans eller hennes møte med organisasjonen.

Formålet er å gi toppledelsen et innblikk i hvordan møtet med institusjonen/virksomheten oppleves fra pasientens/brukerens eller pårørendes ståsted. Det vil gi innsikt i strukturer som ventetid, logistikk og hvordan pasient- og brukersikkerhet inngår i kliniske prosedyrer som for eksempel pasientidentifisering, pasientinformasjon, medisinerings eller håndhygiene. Samtidig kan tiltaket bidra positivt til den lokale sikkerhetskulturen ved at ledelsen synliggjør prioriteringene sine og engasjementet i pasient- og brukersikkerhet, samt ønsket om å involvere pasienter. Tiltaket er basert på gjensidig tillit blant alle involverte.

### Hvordan gjennomføre «I pasientens/brukerens fotspor»?

#### 1. Forberedelse

Ledelse og medarbeidere som involveres må orienteres på forhånd om hva tiltaket innebærer. Det er viktig at de forstår at hensikten er læring og at de ikke på noen måte opplever å bli kontrollert eller overvåket.

En annen forutsetning er at den aktuelle pasient/bruker er orientert både skriftlig og muntlig om tiltaket. Vedkommende skal gi samtykke og ikke føle seg presset til å delta. Det presiseres her at den som man følger i fotsporene til skal være trygg på at han eller hun når som helst kan trekke seg, også underveis.

#### 2. Utførelse

Virksomhetslederen inntar en passiv rolle under forløpet, og har særlig oppmerksomhet på:

- Om pasienter og pårørende opplever å bli møtt med interesse, respekt og engasjement

- Om pasienters og pårørendes kunnskap og erfaringer blir etterspurt
- Om pårørende, der det er relevant, blir betraktet som en ressurs
- Om kommunikasjon mellom pasienter, pårørende og helsepersonell er klar og entydig.
- Om de fysiske rammene tilrettelegger for pasientens/brukerens behov og sikkerhet
- Om det er helhet og sammenheng i forløpet
- Om pasient- og brukersikkerheten og risikostyring er ivaretatt

### 3. Oppfølging

Etter gjennomført mottak har leder en oppsummeringssamtale med pasienten og eventuelle pårørende for å eksempelvis be om kommentarer til hva de mener har gått bra eller mindre bra, om de ble overrasket over noe, om de opplevde feil eller mangler underveis og/eller om det var noe som skapte utrygghet.

Lederen bør også takke de ansatte som har vært involvert for at han eller hun fikk følge dem og være «flue på veggen». Man kan be dem om å kommentere hvordan de opplevde det, og om de har forslag til endringer.

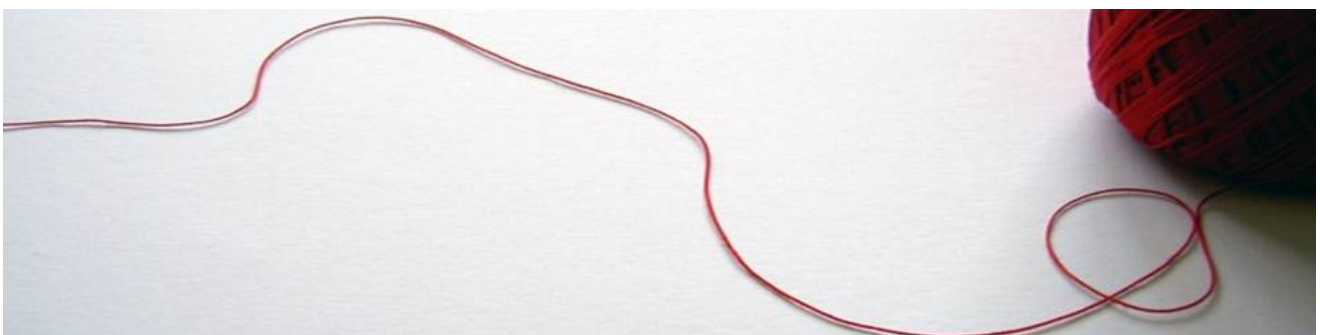
Erfaringene lederen gjør seg bør deles med organisasjonen gjennom aktuelle kanaler. Erfaringene må lede til at konkrete tiltak for forbedring av pasient- og brukersikkerheten, testes ut og implementeres i organisasjonen dersom de viser seg å føre til forbedring.

For mer informasjon om *I pasientens fotspor*, se referanse nr. 6.

#### **Erfaringer fra pilot ved Helgelandssykehuset HF**

Konkrete tiltak som ble utført som resultat av å gå «I pasientens fotspor»:

- Revisjon av innkallingsbrev som tildeler time i første brev i stedet for et «ventebrev»
- Reduksjon i antall fristbrudd
- Intern revisjon av informasjonsbrev til pasienten
- I alle beslutninger som tas under ledermøte gjennomføres en «pasienten i fokus-test»; hvordan vil denne beslutningen påvirke pasienten?



## Tiltak 3. Tavlemøter

En detaljert beskrivelse av hvordan de ulike tavlemøtene planlegges, gjennomføres og forbedres, finnes i *Manual for tavlemøter* som er tilgjengelig på [www.pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no).

### Hva er et tavlemøte?

Et tavlemøte er en metode som består av en tavle (et verktøy) og et møte (en aktivitet). Pasientsikkerhetsprogrammet har valgt å fokusere på to typer tavlemøter; risikomøte og forbedringsmøte:

- Formålet med en risikotavle er å 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 er å skape et overblikk over status for pågående forbedringsarbeid. Tavlen utgjør et utgangspunkt for en systematisk og regelmessig dialog (møte) om hvordan forbedre eksisterende praksis.

Det praktiske arbeidet med å kartlegge og følge opp risikopasienter og arbeidet med forbedringstiltak skjer mellom tavlemøtene.

### Hvordan utvikle og gjennomføre tavlemøter?

Utvikling, planlegging og gjennomføring av tavlemøter avhenger av en virksomhets rammer og kontekst, og må tilpasse lokale forhold.

Felles for de ulike tavlene er at arbeidet med å utvikle og gjennomføre tavlemøter må prioriteres og forankres i ledelsen. Det må settes av faste tider avhengig av behov og møtene skal holdes regelmessig. Møtet skal foregå foran tavlen med en fast struktur. Selve tavlene bør være lett tilgjengelig for personalet og eventuelt også for pasienter og pårørende.

### Ledelse av tavlemøter

Hvem som skal lede møtene, hvordan rollen som tavleleder skal utøves og hvilken struktur det skal være i møtet må være tydelig definert og avklart før oppstart av møtet.

Noen steder er det naturlig at det er leder, fagleder/teamleder som er tavleleder, mens det andre steder er hensiktsmessig at rollen går på rundgang. Samtidig vil systemet være mindre sårbart dersom det er flere som kan lede et tavlemøte. Det anbefales derfor å starte med å gi noen få personer nødvendig opplæring og la disse øve seg på å lede møtet.

Deretter vil disse personene kunne lære opp og veilede sine kollegaer etter "train the trainer"-prinsippet.

Tavleleder følger en fast struktur for møtet og opptrer mer veiledende enn instruerende i prosessen og dialogen med medarbeiderne/kollegaene som er til stede. Møtedeltakerne skal inviteres til aktiv deltakelse.

### Leders rolle for å tilrettelegge for og følge opp effekten av tavlemøter

Det er en lederbeslutning å starte med tavlemøter. Beslutningen er ofte forankret i et ønske om å arbeide mer systematisk med forbedringsarbeid og/eller å skape en arena for forbedring i en travel hverdag.

Ledere og helsepersonell som har jobbet med tavlemøter som metode, har utviklet nye møtearenaer hvor tverrfaglig dialog, synliggjøring av resultater fra pågående forbedringsarbeid og kartlegging av pasienters risiko står i fokus. Erfaring viser at helseforetak og kommuner som arbeider med tavlemøter lykkes med å skape fokus på pasient- og brukersikkerhet og legge til rette for vedvarende forbedringer.

### Erfaringer fra Oppsalhjemmet:

Effekt og resultater fra bruk av tavler i tavlemøter:

- Mer åpenhet om risiko og resultater
- Økt fokus på tegn på risiko hos pasientene etter tavlemøter
- Engasjerte ansatte og flere diskusjoner
- Mer tverrfaglig samarbeid gjennom regelmessige tverrfaglige møter der risiko og forbedringstiltak diskuteres
- Tydeligere involvering av pasient- og pårørende gjennom fokus på «hva er viktig for deg»
- Mer oversikt og kontroll



*Besøk på Oppsalhjemmet fra IHI*

## Forbedringsledelse

Ledere på alle nivå og i alle deler av helsetjenesten spiller en viktig rolle i å skape en helsetjeneste til det beste for befolkningen. En leder skal legge til rette for kontinuerlig og systematisk utvikling og forbedring av tjenestene for å sikre trygge og pålitelige helsetjenester, reduksjon i antall pasientskader og gode opplevelser av tjenestens ytelser. Dette skal gjøres innenfor lovens rammer og bærekraftige økonomiske budsjetter, og forutsetter at pasienter og pårørende har innflytelse på utformingen av tjenestene.

Forbedringsledelse avhenger av en allsidig lederkompetanse som inkluderer helsefaglig kompetanse, lederkompetanse og kompetanse om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (7). Viktige prinsipper for forbedringsledelse er å sette kvalitet og ledelse på dagsorden, involvere pasienter og brukere, og treffe beslutninger basert på kunnskap, ikke antagelser. Det handler om å gå foran som et godt eksempel, lytte til medarbeidere, og å etablere en kultur for åpenhet og lærende organisasjoner.

Dette er basert på en erkjennelse av at feil kan skje. Helsetjenesten består av dyktige og engasjerte medarbeidere, men uønskede hendelser vil forekomme dersom systemene de arbeider i ikke tar tilstrekkelig hensyn til risikoen for menneskelig svikt. Det må legges til rette for at hele helsetjenesten, fra den enkelte sengepost til lederteamet, evner å lære - både av det som har gått galt, det som nesten gikk galt, og det som fungerer godt.

Andre risikointensive industrier som luftfart, oljevirksomhet og kjernekraft har vist at alvorlige hendelser kan reduseres betraktelig gjennom systematisk arbeid med blant annet sikkerhet, kommunikasjon og forebygging av menneskelig svikt. Ved å belyse faktorer som bidrar til bedre sikkerhet, har disse industriene redusert alvorlige hendelser betydelig (8).

Kunnskap om forbedringsarbeid er en nøkkel for god forbedringsledelse. En leder skal fungere som rollemodell, og ha kunnskap om og ta i bruk de verktøy og teknikker som forventes av ansatte. Ledere på alle nivåer må vise i både ord og handling at det er et prioritert mål å forhindre eller redusere pasientskader som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. En leder må skape tett kontakt med de team som driver forbedringsarbeid i linjen, og tilrettelegge for at dette arbeidet er mulig. Ledelsen må etterspørre, følge med på og følge opp forbedringsarbeidet.

Mer informasjon om forbedringsledelse og dimensjoner ved ledelse av pasientsikkerhet finner du i Veileder for ledelse på nettsidene til Pasientsikkerhetsprogrammet.

## Forbedringskunnskap og – metodikk

I helse og omsorgstjenesten er det et kontinuerlig behov for å forbedre virksomhetenes tjenester og organisasjon. Kompetanse om forbedringsarbeid- og metodikk hos ledere og ansatte er nødvendig for å lykkes i dette arbeidet.

Pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler (Model for Improvement) som verktøy for forbedring. Forbedringsmodellen er svært egnet til å tilpasse tiltak til lokale forhold og for å skape raske forbedringer. Ved å redusere avstanden mellom det vi vet (beste praksis) og det vi gjør, har den vist seg å være sentral for å oppnå varige forbedring i helsetjenesten. Forbedringsmodellen er utviklet av Institute for Healthcare Improvement (9), og har vært brukt både i Norge og internasjonalt i mange år

Utgangspunktet for forbedringsarbeid er identifisering av behov. Et slikt behov kan synliggjøres fra mange hold. For eksempel gjennom innspill fra medarbeidere, ledere, og brukere og brukerråd. Gjennom innspill fra kvalitetsutvalg, ny kunnskap og teknologi, tilsynsrapporter, klagesaker, avvik og revisjoner. Forbedringsområder kan identifiseres gjennom pasient- og brukersikkerhetsvisitt er, I pasientens/brukerens fotspor, analyse av avviksmeldinger osv. Det kan også være aktuelt i forbindelse med implementering av et eller flere av pasientsikkerhetsprogrammet sine innsatsområder (riktig legemiddelbruk, forebygging av fall, trykksår og UVI) som er aktuelle i f.eks. sykehjem. Mer informasjon om disse områdene finnes på programmets nettside:

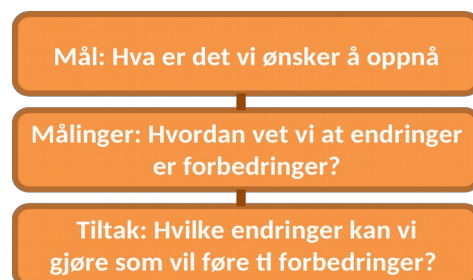
[www.pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no)

### Om forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen er todelt. Først planlegges forbedringsprosjektet, deretter testes det ut i liten skala til den kan implementeres:

I første del skal tre grunnleggende spørsmål besvares (10).

- Hva vil vi oppnå? (Mål)



- Hvordan vet vi at en endring er en forbedring? (Målinger)
- Hvilke endringer kan vi gjøre som vil føre til forbedringer? (Tiltak)



### **Hva vil vi oppnå (mål):**

Målene beskriver hvor stor forbedringen som skal oppnås lokalt, innen når. Den enkelte enhet definerer målene sammen med leder. Målene bør være spesifikke og målbare, det vil si tallfestede. De bør være utfordrende og inspirerende, realistiske, tidsbestemte og godt forankret. Et eksempel på et godt mål kan være «30 % reduksjon av fall på avdeling A innen utgangen av året».

### **Hvordan vet vi at en endring er en forbedring? (Målinger)**

På bakgrunn av målsettingene, defineres konkrete målinger som kan gi svar på om en endring fører til forbedring. Dett er avgjørende for å lykkes. Innsamlede data er viktige for å dokumentere om tiltakene blir implementert og om det gir resultater.

Det er i hovedsak to typer målinger som brukes i forbedringsarbeid, resultatmålinger og prosessmålinger. En resultatindikator beskriver direkte gevinst for pasienter/brukere i form av for eksempel overlevelse, infeksjonsrater eller fysisk tilstand. Et eksempel på resultatindikator hentet fra tiltakspakken for fall i pasientsikkerhetsprogrammet er «Antall dager mellom fall (med og uten skade) som oppstår på avdelingen». En prosessindikator er nyttig for å si noe om hvor godt tiltakene er implementert i praksis. Den kan for eksempel beskrive forebygging, diagnostikk og hvorvidt pasienter har mottatt en behandling eller tiltak. Et eksempel på prosessindikator hentet fra tiltakspakken for fall er «Andel pasienter som er vurdert for fallrisiko».

For at registrerte data skal kunne gi et bilde på hvordan man ligger an og om innsatsen gir forbedring, er det viktig at det måles jevnlig og at hyppigheten av målingene opprettholdes før, under og etter innføring av tiltak, til målepunktene ligger stabilt ved ønsket nivå. Deretter holder det med jevnlige stikkprøver for å sikre at nivået opprettholdes selv om man slutter å måle jevnlig.

Dataene bør analyseres i tidsserier som gir oversikt over utviklingen over tid. Til dette bør teamene bruke statistisk prosesskontroll (SPC), som er et verktøy som egner seg godt til forbedringsarbeid fordi man får tilgang til data raskt og man kan trekke statistiske konklusjoner med bakgrunn i små datamengder. Brukertilskelen for SPC er lav og resultatene fremstilles visuelt og enkelt (11). Extranet benytter SPC for å visualisere og analysere data for teamene.

*Basepoint/baseline* er et viktig prinsipp for analyse av data i tidsserie for å kunne si statistisk sikkert om en endring er en forbedring. En måling

(*basepoint*) eller flere (*baseline*) innebærer måling(er) i forkant som gir et utgangspunkt for forbedringsarbeidet.

For mer informasjon om statistisk prosesskontroll, les om «Målinger» på [pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://pasientsikkerhetsprogrammet.no)

Extranet er en database som gjør det enklere å følge forbedringsarbeidet i egen praksis. Den er gratis og fritt tilgjengelig på [pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://pasientsikkerhetsprogrammet.no). Her ligger også veiledning.

Extranet inneholder alle målingene i programmet slik at teamene lett kan legge inn egne data og få opp resultatene sine i form av diagrammer og tidsserier (se under). For tilgang, send henvendelse til [post@pasientsikkerhetsprogrammet.no](mailto:post@pasientsikkerhetsprogrammet.no)

### **Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?**

Tiltak som skal iverksettes for å nå målet må identifiseres og diskuteres på en systematisk måte av medarbeidere og brukere som kjenner organisasjonen og fagfeltet.

Når man planlegger forbedringstiltak er det viktig å søke etter dokumentasjon for at tiltakene virker (9).

### **PDSA-sirkelen - utprøving av forbedringstiltak**

I forbedringsmodellens andre del testes og implementeres tiltakene som er definert i første del. Gjentatte tester av tiltak i praksis er svært viktig for å lykkes i forbedringsarbeidet. PDSA-sirkelen er en systematisk metode for småskala-testing. PDSA står for Plan (planlegg); Do (utfør); Study (studer) og Act (standardiser/korriger) (10).

Forbedringstiltak testes først i svært liten skala, på én enkelt eller noen få tilfeller (f.eks. to pasienter). Erfaringen fra testen diskuteres og tiltakene justeres ved behov før nye tester gjennomføres.

Ved hjelp av småskalatestingen finner man den beste, mulige løsningen tilpasset lokale forhold. Først da kan forbedringstiltaket spres til resten av enheten.

En nærmere beskrivelse av forklaring på hva som inngår i de ulike fasene i PDSA-sirkelen, finner du på pasientsikkerhetsprogrammet sine nettsider under «klinisk forbedringsprosjekt som vil være tilgjengelig på pasientsikkerhetsprogrammet sine nettsider i løpet av begynnelsen av januar.

Versjo	Dato	Endringer	Utført av
--------	------	-----------	-----------

n			
1.0	2013/2014	Opprinnelig kompendium utviklet for læringsnettverk for ledelse av pasientsikkerhet,	Sekretariatet, pasientsikkerhetskampanjen I TRYGGE HENDER 24/7
2.0	2014/2015	Større endringer på innhold og design, tilpasset avsluttet læringsnettverk. Ikke endret tiltakene eller målinger.	Sekretariatet, Pasientsikkerhetsprogrammet I TRYGGE HENDER 24-7
3.0	2015/2016	Tilpasninger i tekst og form til kommunal helse- og omsorgstjeneste	Sekretariatet, Pasientsikkerhetsprogrammet I TRYGGE HENDER 24-7
4.0	Januar 2016	Tilpasset læringsnettverk i Østfold-kommuners helse- og omsorgstj.	Wenche Hansen, Elisabeth Østensvik og Eivind Bjørnstad

## Referanser

(1) Health topics: Patient Safety [Nettdokument]. Geneva: World Health Organisation [oppdatert 2014; lest 04.12.2014]. Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/topics/patient_safety/en/)

(2) Reinertsen JL, Bisognano M, Pugh MD. Seven Leadership Leverage Point for Organization - Level Improvement in Health Care (Second Edition). Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2008 (available on [www.ihl.org](http://www.ihl.org))

(3) Swensen S, Pugh M, McMullan C, Kabacennell A. High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Cost. IHI White Paper, Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2013 (available at [www.ihl.org](http://www.ihl.org))

(4) Ledelsespakken, Dansk Selskab for Patientsikkerhed. [lastet ned 13.1.2016] Tilgjengelig fra: <http://arkiv.patientsikkerhed.dk/media/669796/ledelsespakken.pdf>

(5) Cavanagh P, Hulme A, Clark J, Frankel, A, Kershaw, G Leadership for safety: Supplement 1: Patient Safety Walkrounds. Patient Safety First Campaign; NHS Institute for Innovation and Improvement (2009) [Lastet ned 1. desember 2014] Tilgjengelig fra: [http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/How-to-guides-2008-09-19/How%20to%20Guide%20for%20Leadership%20WalkRounds%202009\\_04\\_07.pdf](http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/How-to-guides-2008-09-19/How%20to%20Guide%20for%20Leadership%20WalkRounds%202009_04_07.pdf)

(6) I patientens fodspor, Dansk Selskab for Patientsikkerhed. [Lastet ned 1. desember 2014] Tilgjengelig fra: <http://www.sikkerpatient.dk/fagfolk/i-patientens-fodspor.aspx>

(7) Allsidig lederkompetanse, Kunnskapsenteret [lastet ned 28. desember 2014] <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/ledelse/artikler-om-ledelse/allsidig-lederkompetanse>

(8) Flin R, O'Connor P, Crichton M. Safety at the Sharp End: A guide to Non-Technical Skills. Paperback - 28 February 2008.

(9) Helsebiblioteket, Kvalitetsforbedring - Slik kommer du i gang, Modell for kvalitetsforbedring, <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/modell-for-kvalitetsforbedring>

(10) Langley et al: The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance- 2nd edition. Jossey- Bass, San Francisco 2009.

(11) Carey RG. "Improving healthcare with control charts. Basic and advanced SPC methods and case studies". ASQ Quality Press, 2003

## DEL 2



**Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester**  
Østfold

# Ledelse av pasient- og brukersikkerhet i Østfold, 2016

## Skjemaer og maler



### Velkommen til læringsnettverk!

#### Hva er læringsnettverk?

Læringsnettverk er en internasjonalt anerkjent metode som brukes for å lykkes med forbedringsprosjekter i medisinsk praksis. Konseptet er opprinnelig utviklet av Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, og har i USA og flere andre land, bl.a. Norge, med hell vært anvendt på en rekke medisinske områder. I dette kompendiet har vi tilpasset konseptet til den norske pasientsikkerhetskampanjen.

#### Hva går det ut på?

Et læringsnettverk består av totalt tre samlinger, som denne gangen er spredt over seks måneder. Teamene som deltar planlegger endringsarbeidet på samlingene, og jobber med å iverksette dette i egen virksomhet mellom hver samling.

Læringsnettverk baserer seg på enkle prinsipper. Det involverer elementer som vi vet vekker arbeidsinnsats, entusiasme og effektivitet for å løse et problem. Elementene er for eksempel direkte eierskap til problemet, påvirkningsmulighet, fellesskap, konkurranseånd, resultatmåling, ytre press, sekundering, veiledning og støtte.

Læringsnettverket bygger disse faktorene inn i en strukturert, fastlagt ramme, hvor hver aktivitet kommer på rett plass og til rett tid. Rammen innebærer fastlagte arbeidsformer, tidsfrister, innsending av rapporter etc., ikke minst deltakelse på de tre læringsseminarene (LS1, LS 2 og LS 3). De ytre rammene er lagt for å fremme effektivitet og resultater, og må følges for at metoden skal fungere.

### **Skal alle tenke likt og nå samme mål?**

Tema for dette læringsnettverket er *Ledelse i pasient- og brukersikkerhet*. Det er gjennomført en pilot på dette temaet i sykehjem tidligere (Oslo). Teamene skal innføre egne tiltak i daglig klinisk praksis, hvor teamet skal planlegge sammen, teste ut og samtidig vurdere mulige forbedringer mellom hver samling. På den måten får hver enkelt, og teamet som helhet, eierforhold til problemet, endringsarbeidet, målingene og sluttproduktet. At det sitter en rekke andre arbeidsgrupper og jobber med samme utfordringer, gir også økt inspirasjon og læringsmuligheter.

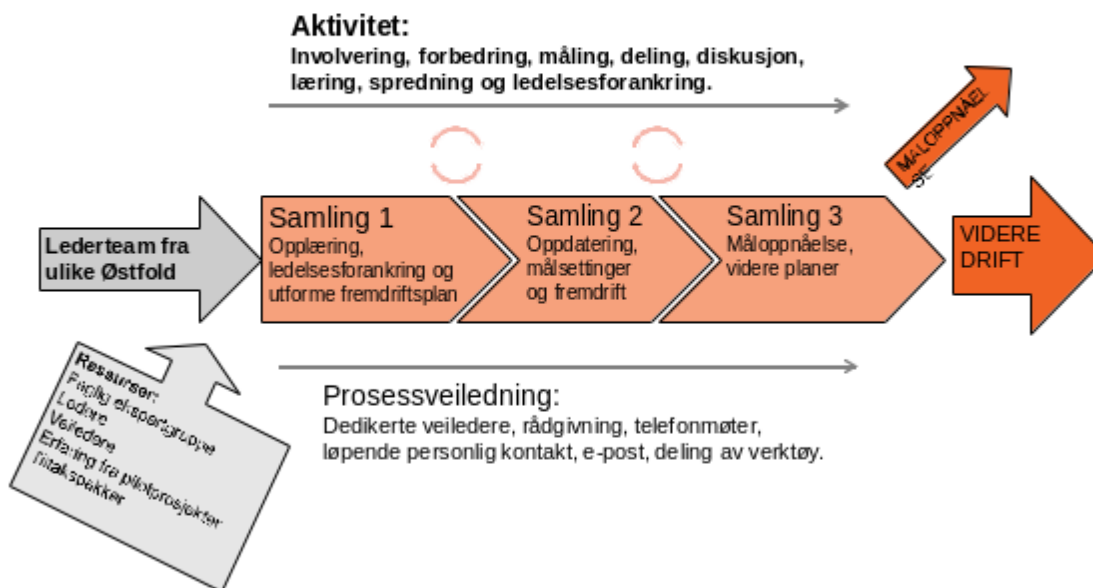
### **Hva skal til for å lykkes?**

Vi må ha realistiske forestillinger om hva vi er i gang med. Endringsarbeid innen et så komplekst felt som helsetjeneste, er ikke noe som gjøres som venstrehåndsarbeid. For å lykkes med å innføre forbedringstiltak må man være innstilt på å sette av tid og ressurser. Prosjektet har derfor, som nevnt en god del faste rammer, som tidsfrister, innlevering av arbeidsoppgaver etc.

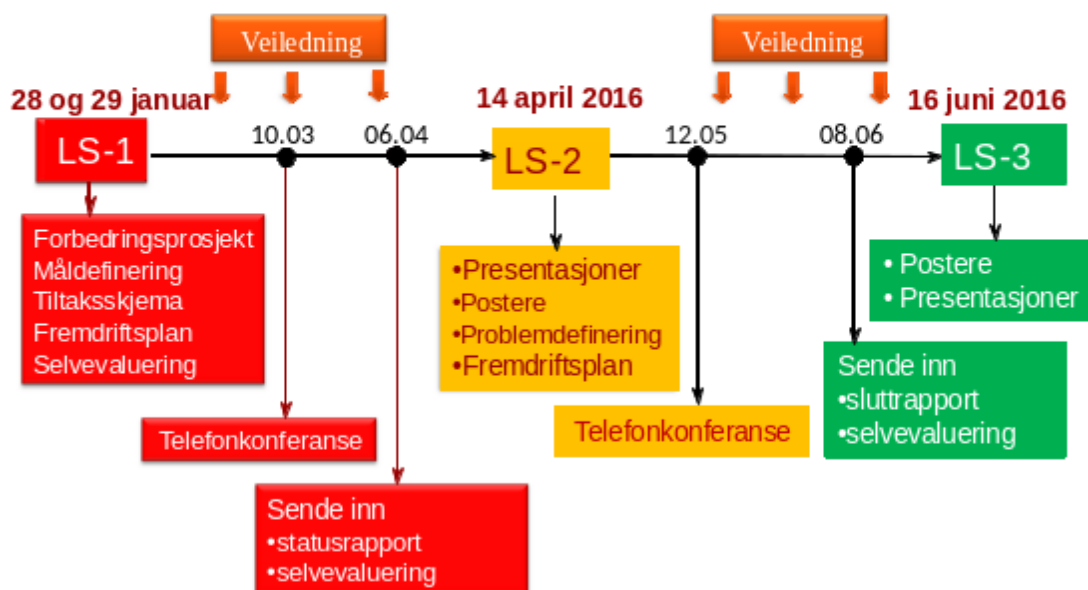
### **Hvorfor delta?**

Ved å delta i læringsnettverket vil du og teamet ditt få kjennskap til anerkjente og effektive metoder for å oppnå endring og forbedring i det daglige arbeidet. Dere vil bli introdusert til målemetoder og teknikker, få innsikt i forbedringsmodellen og ikke minst prøve ut konkrete tiltak og følge forbedringene i egen virksomhet. Læringsnettverket vil også kunne gi et nettverk av kollegaer i eget fylke, som jobber med de samme utfordringene og vil kunne bidra som verdifulle diskusjonspartnere.

En metode for å spre forbedringsarbeid i helsetjenesten



## Prosjektperioden for ledelse av pasient- og brukersikkerhet



## Krav til målformuleringer - SMARTE

### **Spesifikt**

Klar, konkret, entydig, tallfestet angivelse av forventet resultat.

### **Målbart**

Man skal kunne vite når målet er oppnådd.

### **Ansporende**

Være utfordrende, gi mulighet for egenutvikling, inspirere til nytenkning.

### **Realistisk**

Oppnåelig i forhold til andre oppgaver og ressurser.

### **Tidsbestemt**

Angi når resultatet skal være nådd.

### **Evaluerbare**

Kan målet/-ene evalueres underveis? Tenk igjennom hvordan lederteamet kan følge opp kontinuerlig evaluering i avdelingens arbeid med forbedringer i pasient- og brukersikkerhetsarbeid.



Deltagende enhet	
Teamleder / e-post	
Hovedmålsetning	

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

#	Utfordring	Hva skal gjøres?	Hvem skal gjøre det?	Når skal det gjøres?					
				jan	febr	mars	april	mai	juni
1									
2									
3									
4									
5									

Målsetning	
Målsetning	
Målsetning	
Målsetning	

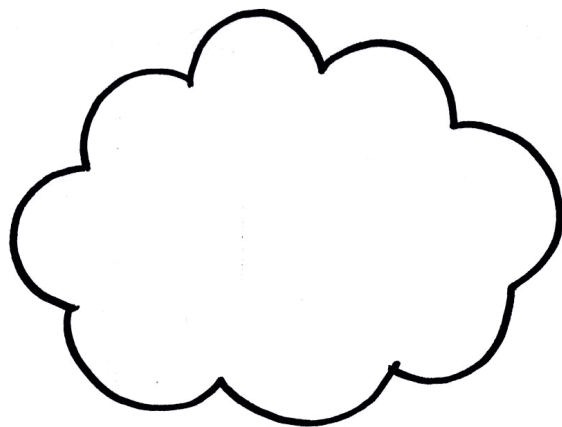
### Fremdriftsplan: Hva må vi gjøre for å kunne innhente data og presentere målingene?

#	Utfordring	Hva skal gjøres?	Hvem skal gjøre det?	Når skal det gjøres?					
				jan	febr	mars	april	mai	juni
1									
2									
3									
4									
5									

Selvevalueringstall etter samling 1 (karakterskala 1-5)

Dette skjemaet leveres veileder etter samling 1 i læringsnettverket. Kopi sendes teamene i etterkant av samlingen.

## Tankekart



## STATUSRAPPORT (SKJEMA 3) Frist: 06.04.16

Statusrapporten sendes prosjektleder innen fristen.

E-postadresse: whanse@fredrikstad.kommune.no

Deltakende lederteam/kommune	
Tallfestet mål	
Gruppeleder	
Måleansvarlig	
Gruppemedlemmer	
Veileder:	

Kopier malen ovenfor og skriv rett inn i den mens du sletter ledetekstene (alt som har vanlig skrift) etter hvert og beholder overskriftene. Statusrapporten skal være på maks 3 sider inkludert grafer. Rapporten skal være en sammenfatning av gruppens arbeid og gi anledning til refleksjon over det som er gjort til nå.

### Beskrivelse av enheten:

(Type avdeling, antall sengeplasser, antall stillinger for leger, pleiepersonale, sekretær osv. - maks. 5 linjer):

#### 1. Plan: (Redegjør for mål og planer)

- o Hva er hensikten med den endringen som skal prøves ut? Beskriv kort hvorfor dette målet ble valgt, og hvordan dere i planleggingsfasen tenker å nå målet.
- o Hvordan vil dere vite at en endring av nåværende arbeidsmåte er en forbedring? Hvilke målinger kan vise dette? Sørg for at målet og målingene passer sammen
- o Ansvarsfordeling: Hvem gjør hva, hvor, hvordan og når?

#### 2. Do: (Beskriv hva som har skjedd så langt)

- o Hvilke tiltak ble iverksatt
- o Har dere prøvet ut forbedringene i liten skala før dere innførte dem over alt? Fortell kort hvordan det gikk.
- o Hendte det noe uforutsett da dere prøvde ut/innførte forbedringene?

#### 3. Study: (Redegjør for og tolk registrerte data. Bruk grafiske fremstillinger med SPC)

- o Hva viser målingene på forbedringsarbeidet i avdelingene? På hvilken måte skiller det seg fra det dere antok?
- o Har dere gjennomført endringer som har vist seg å være signifikante forbedringer med mindre variasjon i prosessen?
- o Hva har dere lært av de erfaringene og målingene dere har gjort så langt?

#### 4. Act: (Hvilke konsekvenser får resultatene av arbeidet så langt?)

- o Hva vil dere korrigere i veien videre? Skal tiltakene beholdes og videreføres eller forkastes? Er det spesielle hindringer dere må ta hensyn til?
- o Finnes det ressurser – personer eller annet – som kan fremme selve endringsarbeidet?
- o Hvilke andre tiltak skal prøves?

#### 5. Hva har gruppen lært så langt

- o Muligheter og barrierer i avdelingens forbedringsprosesser?
- o Hva har prosjektgruppen lært i forhold til forbedringsarbeid?
- o Hva har prosjektgruppen lært i forhold til fagkunnskap?
- o Prioriterte innsatsområder frem til neste rapport?

#### 6. Selvevalueringstall (Skriv inn): \_\_\_

## SELVEVALUERING

For å måle og følge opp hvordan nettverket skrider frem både som gruppe og for de enkelte team brukes en visuell-analog skala der trinnene 1 - 5 innebærer:

**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.

Målsettingen er at så mange team som mulig skal forflytte seg til trinn 5 i løpet av prosjektperioden.

**Bruk kun hele tall (1, 2, 3, 4 eller 5) ved selvevaluering!**

## TELEFONKONFERANSER

Torsdag 10.mars 2016, og torsdag 12. mai 2016

Begge dager kl 13.00 - 14.30

Hensikten med telefonkonferansen er at arbeidsgruppene skal dele sine erfaringer og ideer med hverandre, mens vi er underveis i prosjektet. I avtalt orden rapporterer gruppene sitt arbeidsområde, endringsarbeidet og sine resultater så langt, mens de andre arbeidsgruppene, veilederne samt enkelte fra styrings- og ekspertgruppen er tilhørere. Med så mange deltagere er det ikke mulig å ha en reell diskusjon, målet er en kort og konsis rapportering, kanskje med noen korte oppklarende spørsmål og svar. Konferansen vil bli styrt av prosjektleder. Nedenfor følger en instruks samt nyttige tips.

1. Samle arbeidsgruppen/ velg ut en til to personer- i god tid og i et egnet rom. Med egnet rom menes rimelig uforstyrret, og med brukbar akustikk. For mye romklang kan gjøre det vanskelig for tilhørerne, særlig hvis det brukes høyttalende telefon.
2. Høyttalende telefon er en fordel. Hvis det finnes en volumkontroll, vær forsiktig med å skru opp volumet for mye. Det kan føre til akustisk tilbakekobling ("hyling") i apparatet.
3. **Ring 800 88 860 (fra mobil: 23 18 45 00) litt før møtet starter. Du får beskjed om å taste pinkode og avslutte med firkanttast (#)**
4. **Pin kode:754957#**
5. **Du koples nå opp**
6. Konferanseleder roper opp arbeidsgruppene i avtalt rekkefølge. Etter å ha vært gjennom listen, ropes eventuelle etternølere opp på ny. Deretter en kort gjennomgang av dagsorden.
7. Gruppene rapporterer sitt arbeid etter tur. Om det er enda flere etternølere, kan også disse komme innimellom, etter alfabetet. (mål, resultater og tiltak)
8. Når du snakker, vær tydelig og klar. Når du lytter, hold munn og nese unna mikrofonen. Pust, stønn og pes fra femti personer kan bli vel sterkt! Det går ikke med knatring fra PC-tastaturer, eller samtaler i rommet der dere sitter. Husk det skal veldig lite til å forstyrre når så mange skal være inne på samme linje på en gang.
9. Når vi har vært gjennom alle gruppene, åpnes det evt. for noen korte kommentarer, først fra veiledere, dernest tilhørere fra ekspertgruppen.

Den faste strukturen er nødvendig når det er så mange aktører som skal kommunisere på et brett, uten å se hverandre og på tilmålt tid. Det er en spennende og inspirerende kommunikasjonsform, som også teknisk pleier å fungere fint. Vi snakkes!

## Utforming av poster

En poster – eller veggavis - skal inneholde data og erfaringer fra hva dere har gjort. En av hensiktene med posteren er å dele problemer, ideer, og løsninger med andre arbeidsgrupper – inspirasjon og erfaringsutveksling. I tillegg vil selve fremstillingen gi dere mulighet for refleksjon over hva som har hendt underveis, og hva dere har oppnådd. Posterne vil vist på LS 2 (en foreløpig poster av powerpoint-bilder) og LS 3 (en flott glanset poster), og brukt som diskusjonsmateriale.

Hensikten med å standardisere posterne, gjør at også andres postere er lett gjenkjennelige og leselige for deg.

Endringsarbeid krever blant annet at ditt budskap fremføres på en overbevisende, lett forståelig og kraftfull måte. Her er en fin måte å trene seg på!

### Momenter / tips

- Det skal fremgå hvilke ledelsesverktøy dere har brukt, og hvilket *resultatmål* avdelingen skal jobbe med som et forbedringsprosjekt.
- Posteren skal være lettlest og lett å forstå, dvs. korte tekster og oversiktlige diagrammer. Dette er et meget viktig punkt, og er av stor betydning!
- Beskriv *kortfattet* de utprøvinger og tiltak dere har gjort.
- Redegjør for resultatene – bruk grafikk!
- Konklusjon på erfaringer med ledelsesverktøyene, og på resulater fra klinisk praksis – så langt.
- Gi en refleksjon over hva dere har oppdaget eller lært av arbeidet deres.
- Presenter planene for det videre forbedringsarbeidet.

For å utforme posteren kan dere f. eks. bruke en kartongplate med skrift, grafikk etc. Eller dere kan lage flere powerpoint-ark som dere monterer sammen.

På neste side følger en mal for fremstilling av poster.  
(Har dere spørsmål, ta kontakt med gruppens veileder.)

## Mal for poster

# Tittel

Lederteam:..... Type læringsverktøy:.....

- **Introduksjon**

Kort introduksjon om lederperspektivet i pasient- og brukersikkerhetsarbeidet og bakgrunn for igangsetting og oppfølging av prosjektet.

- **Målet med deltakelsen i Læringsnettverket**

Beskriv kort hensikten med prosjektet, samt det overordnede mål dere har satt.

- **Utprøvinger og foreløpige resultater.**

Redegjør med noen få ord de tiltak og utprøvinger dere har gjennomført. De som har hatt spesiell betydning forklares mer inngående. Beskriv bare det som har med selve utprøvingen å gjøre. Beskriv således ikke forskjellige møter, presentasjoner eller forarbeide. Resultatene fremstilles grafisk om mulig.

- **Hvordan jobbe videre med ledelse av pasient- og brukersikkerhetsarbeid**

Beskriv med få setninger hvordan dere tenker å jobbe med videre planlagte utprøvinger og tiltak.

- **Sammendrag og refleksjon.**

Hva har dere lært - så langt?



## Skjema 4 - Sluttrapport for: \_\_\_\_\_

Selvevalueringstall og sluttrapporten sendes innen fristen (08.06.16) til prosjektleder:  
whanse@fredrikstad.kommune.no

<b>Deltakende enhet</b>	
<b>Gruppeleder</b>	
<b>Tallfestet mål</b>	
<b>Måleansvarlig</b>	
<b>Teammedlemmer</b>	
<b>Veileder</b>	

Sluttrapporten skal være på maks 3 sider inkludert grafer. Rapporten skal være en sammenfatning av gruppens arbeid og gi anledning til refleksjon over det som er gjort i løpet av hele prosjektperioden. Kopier malen og skriv rett inn i den mens du sletter ledetekstene (alt som har vanlig skrift) etter hvert og beholder overskriftene.

### Sluttrapporten skal inneholde følgende

**Beskrivelse av avdelingen** (type avdeling, antall sengeplasser, antall stillinger for leger pleiepersonale, sekretær osv. - maks. 5 linjer)

#### **Hensikten med prosjektet og mål (Plan)**

**Hvorfor:** Forklar kort hvorfor dere ville endre det dere har endret. Gi eventuelt en kort beskrivelse av den situasjonen dere ønsket å oppnå ved endringene.

**Hva:** Resultatmål, tiltaksmål og balanserende mål beskrives her.

#### **Tiltak (Do)**

**Hvordan:** Beskriv kort (eventuelt punktvis) alle tiltak og endringer som dere har prøvet ut og innført, med en kort kommentar om hva dere lærte.

#### **Målinger (Study)**

**Beskriv kort** målemetoden(e) deres team /evt ansatte har benyttet, på en slik måte at andre kan forstå hvordan dere har målt, og tolker forbedringen. Husk at mål og målinger må passe sammen. Gi en grafisk fremstilling av målingene over tid ved å skille på baseline og tiden etter endring er innført. SPC (Extranett) kan tas i bruk og evt annet i tillegg. Nevn også målgruppe, og eksklusjons/inklusionskriterier der det er aktuelt.

**Resultat (Act)**

Beskriv resultatene av prosjektet, både det dere har målt og andre resultater dere har observert. Fortell om diagrammet viser hvorvidt dere har oppnådd signifikante forbedringer, og om prosessen varierer mindre etter intervensjon enn før prosjektet startet.

**Læring**

Beskriv rammer og vilkår for teamets arbeid i prosjektperioden (f.eks. hyppigheten og tid til teammøter, fristilling av personale). Har det blitt vesentlige endringer i organisasjonen i prosjektperioden (f.eks personale, bruk av tid og andre ressurser)?

Beskriv kort det viktigste dere har lært av fagkunnskap og forbedringskunnskap.

Hva har vært mest givende og mest vanskelig ved å arbeide med forbedringskunnskap?

Hva er deres samlede erfaringer med Læringsnettverksmetoden?

**Veien videre**

Beskriv hvilke planer det er lagt for videre arbeid med kvalitetsutvikling. Hvordan har dere forankret pasient- og brukersikkerhet? Har dere tanker om endringsarbeid gjennom: læring, dialog, åpenhet, ressursstyring, ansvarliggjøring, oppfølging, målinger? Hvis ikke, beskriv hvilke ønsker teamet ser for seg må til for å oppnå ønsket endringsarbeid.