

## Samling-2: Bruk av målinger i forbedringsarbeid



Gode  
pasient  
—forløp

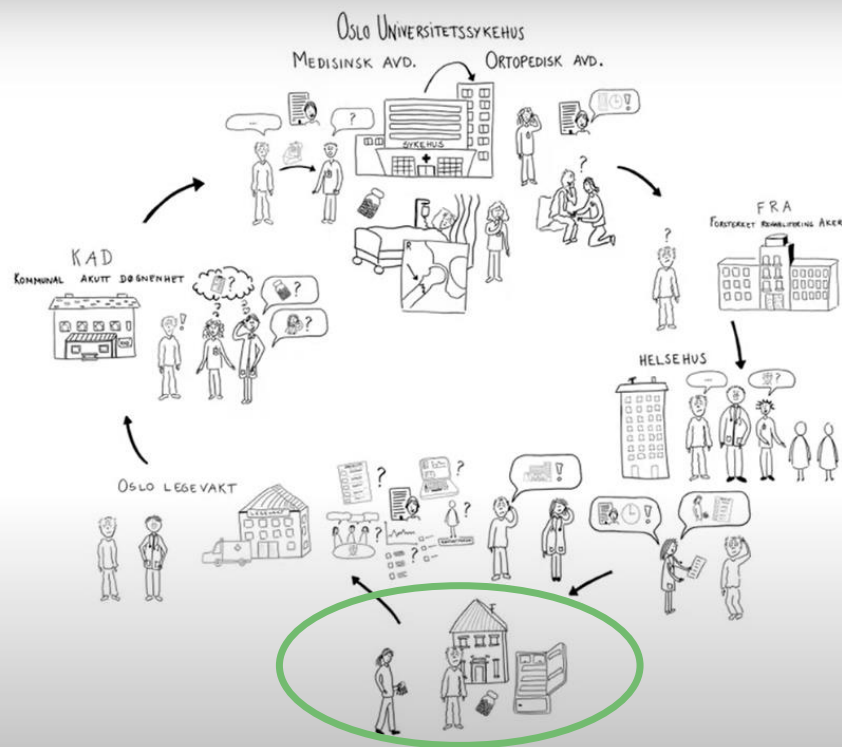
# Kåres uheldige pasientforløp

Historien om [Kåres pasientforløp](#) er utviklet i fellesskap av deltakerne i Gode pasientforløps læringsnettverk for eldre og kronisk syke i Oslo



Dette er Kåre – han bor hjemme – men blir syk.

## Kåres uheldige pasientforløp



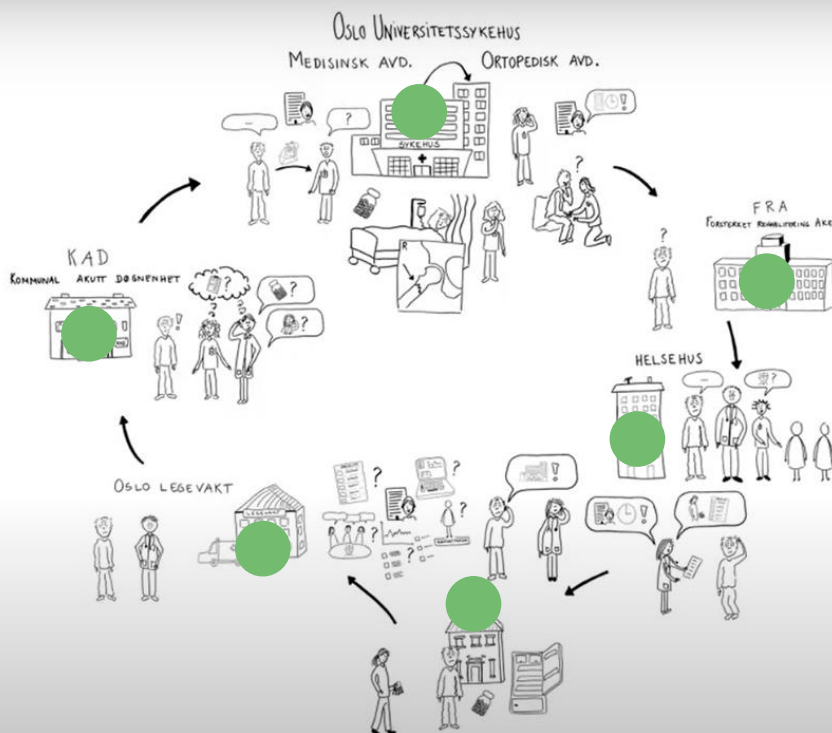
Historien om [Kåres pasientforløp](#) er utviklet i fellesskap av deltakerne i Gode pasientforløps læringsnettverk for eldre og kronisk syke i Oslo

Dette blir starten på et langvarig pasientforløp hvor han er innom en rekke ulike tjenester – både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Dette er godt beskrevet i en film laget av Læringsnettverk for Gode pasientforløp i Oslo.

## Kåres uheldige pasientforløp

### Sentrale forhold i «Gode pasientforløp»

- 1 **Mottak**  
(overgang mellom hjem/tjenester)
- 2 **Kartlegging ved innkommst**  
(innen 3 dager i hjemmetjenesten)
- 3 **Tverrfaglig vurdering**  
(inkludert fastlege innen 2 uker)
- 4 **Evaluering**  
(innen 5 uker i hjemmetjenesten)



Satsningen Gode pasientforløp fokuserer på at dersom tjenestene ivaretar noen sentrale forhold, som vil gjelde de fleste tjenester, så vil kvaliteten på tjenestene øke, brukerne vil bli mer fornøyd og man får en bedre ressursbruk.

Disse forholdene er:

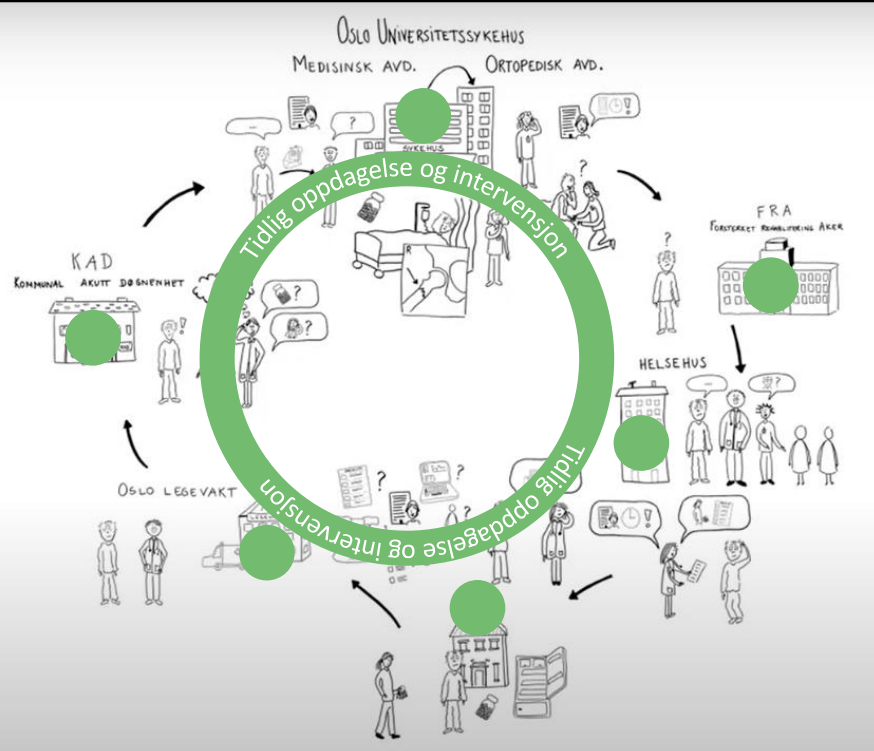
1. Mottak – dvs. brukerens eller pasientens inngang til tjenesten.
2. Kartlegging ved innkommst – i hjemmetjenesten ønsker man at dette skal skje innen 3 dager, men andre tjenester må kanskje finne andre løsninger.
3. Tverrfaglig vurdering – innebærer helsepersonell i sentrale roller gjør sin vurdering slik at riktige tjenester utløses – i hjemmetjenestene spiller for eksempel fastlegen en sentral rolle.
4. Evaluering – bør skje jevnlig for å vurdere effekt av tiltak da pasientens behov for tjenester kan endre seg – ved innkommst i hjemmetjenesten bør dette ofte skje innen 5 uker, men andre tjenester har andre løsninger.

Hver tjeneste må vurdere lokale forhold for å finne den beste løsningen for tjenesten og brukerne.

## Kåres uheldige pasientforløp

### Sentrale forhold i «Gode pasientforløp»

- 1 **Mottak**  
(overgang mellom hjem/tjenester)
- 2 **Kartlegging ved innkost**  
(innen 3 dager i hjemmetjenesten)
- 3 **Tverrfaglig vurdering**  
(inkludert fastlege innen 2 uker)
- 4 **Evaluering**  
(innen 5 uker i hjemmetjenesten)

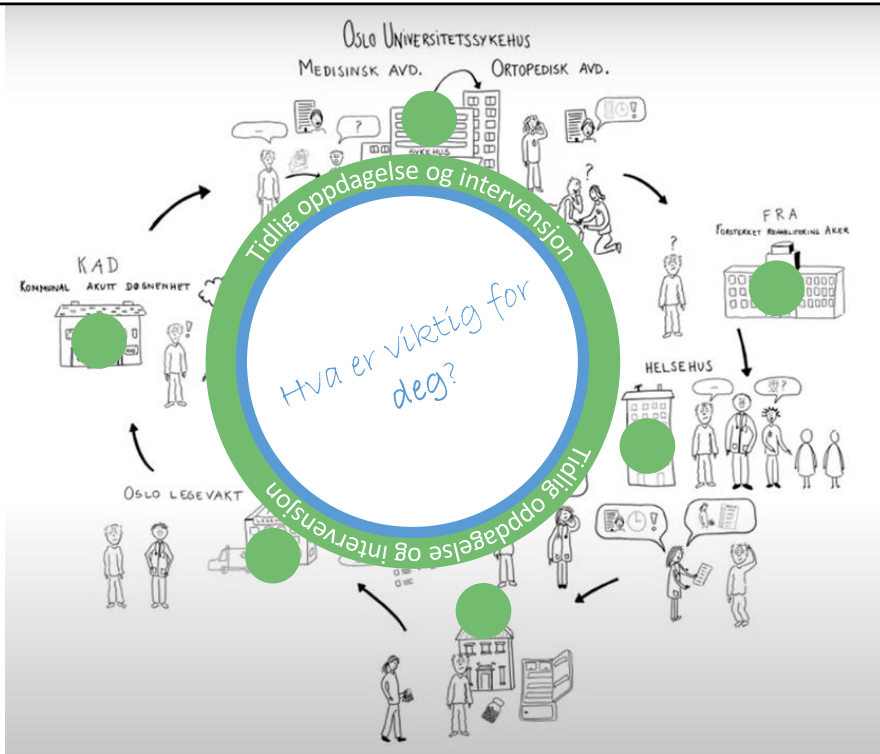


Hver tjeneste må vurdere lokale forhold for å finne den beste løsningen for tjenesten og brukerne.

Forbedringsarbeidet som igangsettes i satsningen Gode pasientforløp gjøres innenfor et overordnet perspektiv som fokuserer på «Tidlig oppdagelse og intervensjon» ...

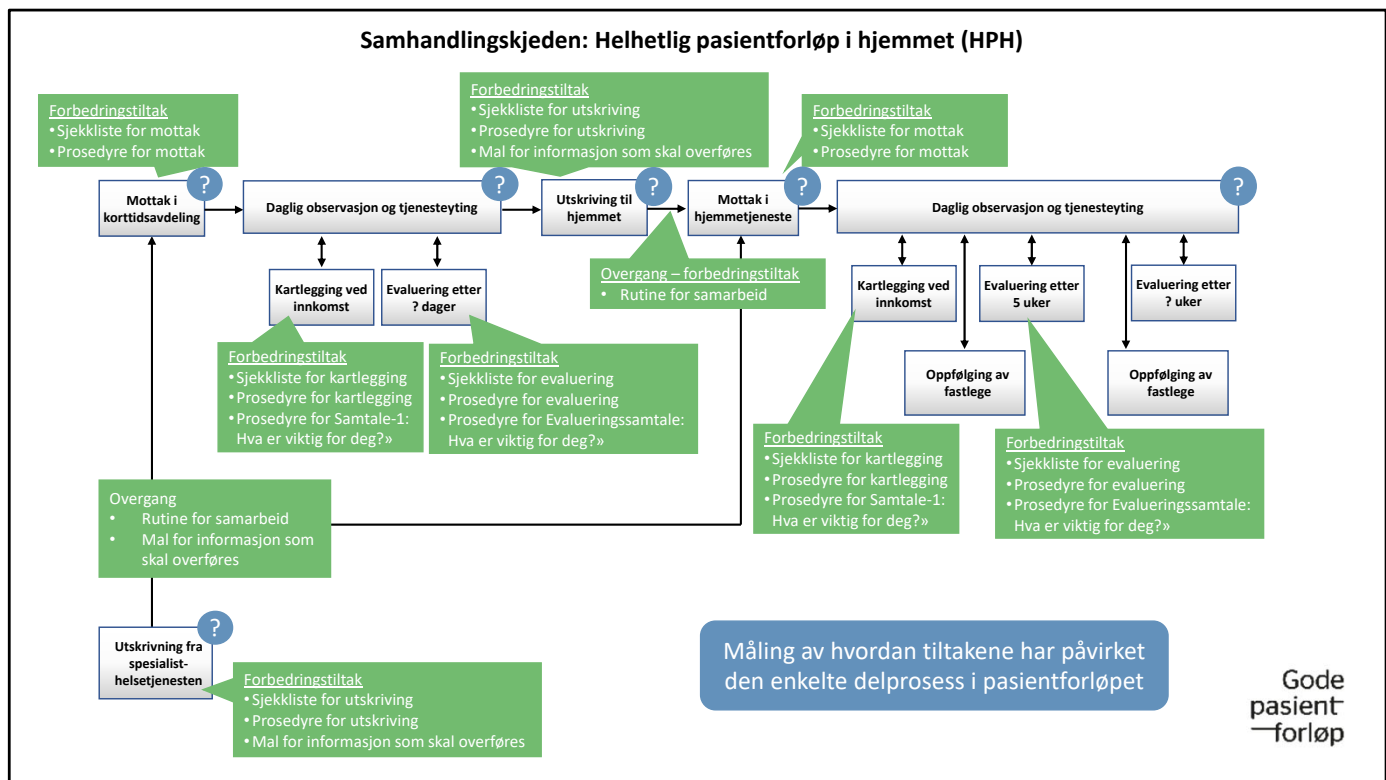
## Kåres uheldige pasientforløp

- Sentrale forhold i «Gode pasientforløp»
- 1 Mottak (overgang mellom hjem/tjenester)
- 2 Kartlegging ved innkost (innen 3 dager i hjemmetjenesten)
- 3 Tverrfaglig vurdering (inkludert fastlege innen 2 uker)
- 4 Evaluering (innen 5 uker i hjemmetjenesten)



... og «Hva er viktig for deg?»

Det betyr at sentrale prinsipper innenfor disse perspektivene skal prege de forbedringstiltakene som utvikles og iverksettes.



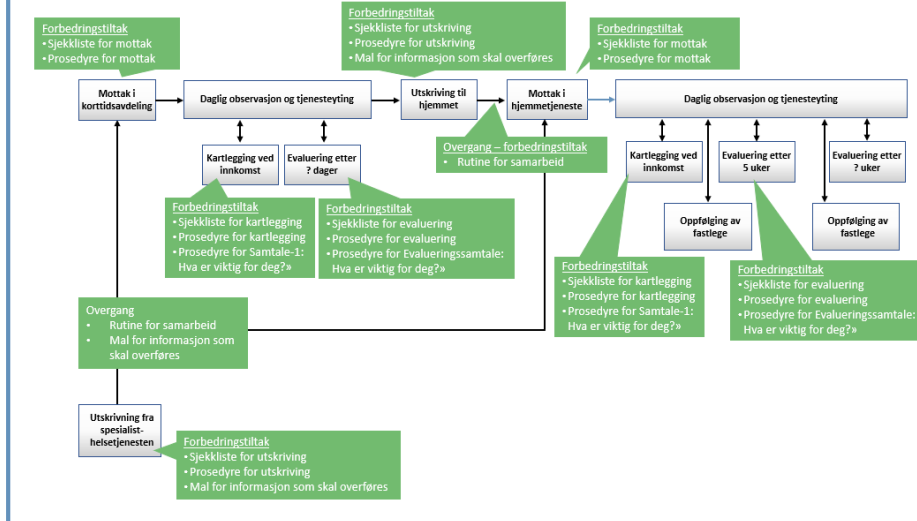
Hvis vi ser på samhandlingskjeden i Helhetlige pasientforløp i Hjemmet har vi følgende hovedaktiviteter i forløpet:

...

For å forbedre tjenestene ønsker man i iverksette tiltak på de ulike delprosessene i forløpet. Mange tiltak som er prøvd ut handler om å endre praksis ved å utarbeide sjekklister og prosedyrer, samt igangsette «Hva-er-viktig-for-deg?»-samtaler.

For hver delprosess kan man da måle effekten på denne prosessen, både i hvilken grad man gjennomfører tiltakene (f.eks. sjekklister eller prosedyrer) og om det leder til ønsket forbedring av prosessen (resultat).

### Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



Måling av samlet effekt som følge av alle forbedringene som er gjennomført i pasientforløpet.

For eksempel overordnede indikatorer som:

- Blir boende lenger hjemme?
- Økt livskvalitet?
- Mindre behov for institusjonsplasser?
- Færre sykehusinnleggelses?
- Økt bevegelseevne?
- Reduserte utgifter?
- ...

Dette er utfordrende å måle da det er mange samtidige årsaksforhold som påvirker disse indikatorene.

Gode pasientforløp

Endrer man tilstrekkelig på delprosessene kan man også forvente å se resultater på mer overordnede indikatorer, det vil si klare å måle resultater for det samlede forbedringsarbeidet på alle delprosessene.

Husk på at dette ofte er forhold, eller indikatorer, som påvirkes av mange ulike forhold. Endringene må derfor være tett knyttet til de forholdene man ønsker å måle, og endringene må ha tilstrekkelig styrke til at det er mulig å fange opp virkningen.

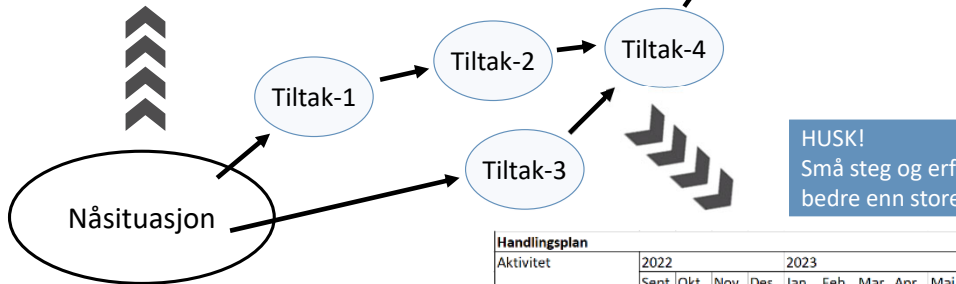


# Planlagt endring



**Planlegging**

1. Hvor vil vi?
2. Hvordan kommer vi dit?
3. Hva er vår handlingsplan for å komme dit?



Handlingsplan																
Aktivitet	2022				2023											
	Sept.	Okt.	Nov.	Des.	Jan.	Feb.	Mar.	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Des.
Definere mål																
Utarbeide indikatorer	■	■														
Grunnlinje			■	■	■	■	■	■	■							
Tiltak-1					■	■	■	■	■	■						
Tiltak-2						■	■	■	■	■						
Tiltak-3													■	■	■	■
Tiltak-4													■	■	■	■

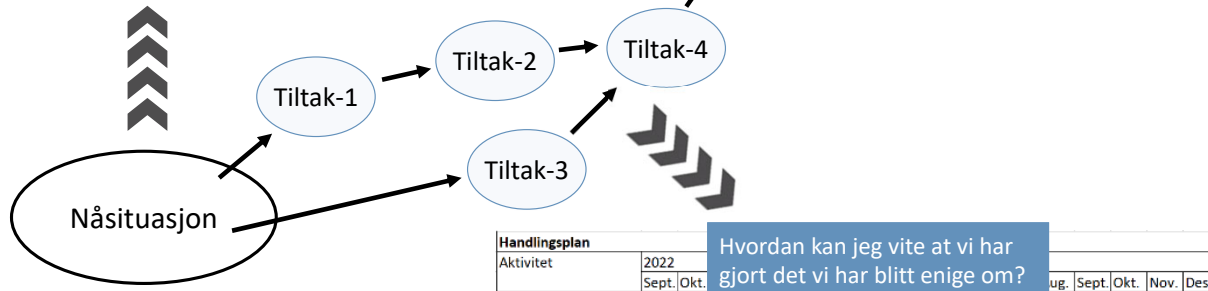
Vi velger oss da en eller flere delprosesser som vi ønsker å forbedre og starter planleggingen.

# Planlagt endring



## Planlegging

1. Hvor vil vi?
2. Hvordan kommer vi dit?
3. Hva er vår handlingsplan for å komme dit?



«Hvor mye, innen når og for hvem?»

Fremtidig situasjon

Hvordan kan jeg vite at jeg har nådd målet?

**Resultatindikatorer**

Handlingsplan		2022				
Aktivitet		Sept.	Okt.	Nov.	Des.	
Definere mål						
Utarbeide indikatorer						
Grunnlinje						
Tiltak-1						
Tiltak-2						
Tiltak-3						
Tiltak-4						

Hvordan kan jeg vite at vi har gjort det vi har blitt enige om?

Hvordan kan jeg vite at vi er på rett vei?

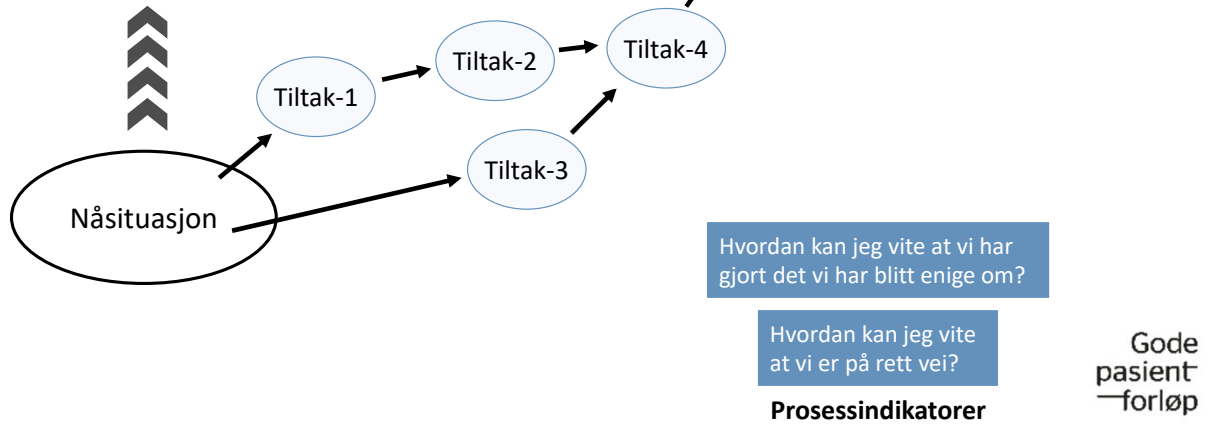
**Prosessindikatorer**

# Planlagt endring

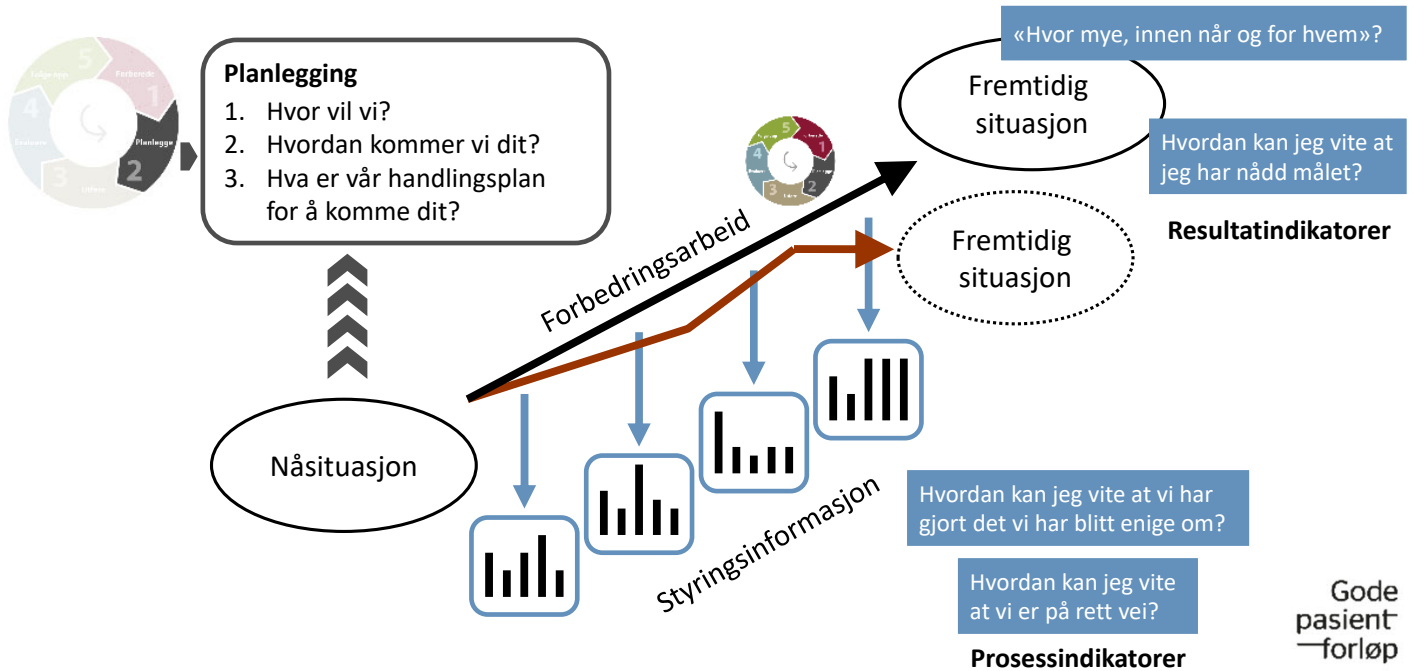


## Planlegging

1. Hvor vil vi?
2. Hvordan kommer vi dit?
3. Hva er vår handlingsplan for å komme dit?



# Planlagt endring



Ved oppstart av forbedringsarbeidet kan man tenke – «det hadde vært fint å være der» – men underveis i arbeidet så lærer man en del og vil da ofte være fornøyd med at man ender opp et litt annet sted.

**EKSEMPEL**

**NB!**

Det vi presenterer er eksempler – ikke fasit!

- Forbedringstiltak og målinger må tilpasses lokale forhold.
- Det kan være mange måter å måle på avhengig av hva man ønsker å oppnå.
- Vi har lagt vekt på eksempler som kan gjøres enkelt uten hjelp av elektroniske registreringssystemer.

Gode  
pasient  
forløp

- Ikke avhengig av nytt datasystem – kontroll på egne data
- Ønsker raske tilbakemeldinger

Det er viktig å si at de forslagene til måter å måle på som vi kommer med her er nettopp det – FORSLAG.

Forbedringstiltak og målinger må ALLTID tilpasses lokale forhold og det kan være mange måter å måle på.

Her har vi valgt å trekke frem eksempler som

- Antas å være relativt enkle å gjennomføre
- Er manuelle – og ikke krever bruk av elektroniske registreringssystemer / avansert teknologi
- Kan gjennomføres som en del av vanlig praksis på tjenestestedene.

# Prosessindikatorer



Når man har kommet frem til det forbedringstiltaket man ønsker å satse på, starter arbeidet med å innføre den nye praksisen. For å få effekt av forbedringstiltaket er det nødvendig at det gjennomføres i tilstrekkelig grad. Det blir da viktig å følge med på og registrere i hvilken grad den nye praksisen brukes. Her brukes ofte det som kalles prosessmål, for eksempel hvor ofte en praksis gjennomføres når muligheten er tilstede.

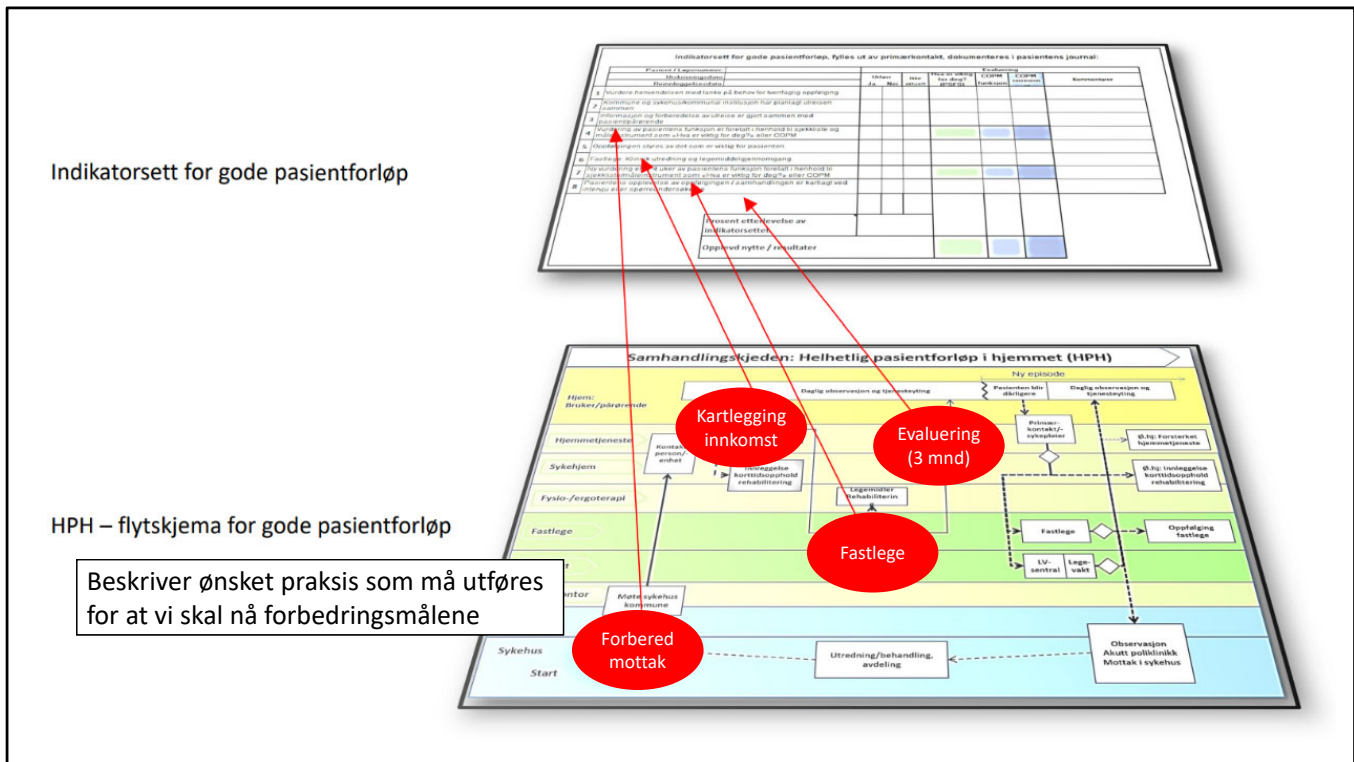
Ukenummer,

Grafen gir ikke hel bildet – hvor mang ganger hadde personalet til å bruke gruppen

Alle nye brukere skal få tilbud – får da et mål på hvor godt praksisen er implementert overfor alle bruker.

De bruker sjekklisten mer – men andelen går ned.

Man kan ta stikkprøver for å se hvilke ledd som brukessom under pilot.



Anders Grimsmo – beskrevet pasientforløp

Pasientforløpene beskriver den praksisen som vi ønsker å gjennomføre – som igjen skal lede til de resultatene vi ønsker.

## Målepunkter for det Gode pasientforløpet

			Utført		
			Ja	Nei	Ikke aktuelt
<b>1</b>	<b>Forberedelse av mottak</b>				
1a	Tilstrekkelig informasjon for videre oppfølging av pasienten er mottatt / innhentet via e-link eller samtale.	1	✓		
1b	Sjekkliste for forberedelse av hjemkomst er gjennomført og dokumentert.	2	✓		
1c	Behov for innsatsteam / rehabilitering er vurdert.	3		✓	
<b>2</b>	<b>Kartlegging ved innkomst</b>				
2a	Sjekkliste for hjemmebesøk / innkomst er gjennomført.	4	✓		
2b	"Hva er viktig for deg?" samtale er gjennomført.	5	✓		
2c	4 meter gangtest er gjennomført.	6		✓	
<b>3</b>	<b>Oppfølging av fastlege (evt. tverrfaglig vurdering)</b>				
3a	Hjemmesykepleien har sendt fastlegen informasjon for konsultasjon.	7	✓		
3b	Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk, er gjennomført av fastlegen.	8		✓	
3c	Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet.	9			✓
<b>4</b>	<b>Evaluering (etter 3 mnd.)</b>				
4a	Sjekkliste for oppfølging og evaluering er gjennomført.	10	✓		
4b	"Har vi lykkes med det som er viktig for deg?" - samtale er gjennomført.	11	✓		
4c	Andre 4 meter gangtest er gjennomført.	12		✓	
4d	Oppfølging / evaluering innen 6 mnd er planlagt.	13	✓		
		Prosent etterlevelse av målepunktene	8 av 12		
		Oppløst av endring i funksjon			

Navn: 312

Mottak: 04.01.22

Kartlegging innkomst: 07.01.22

Evaluering: 28.03.22

Målepunktskjema er tenkt brukt som en prosessindikator for hele pasientforløpet, dvs. når praksis er endret og implementert i forhold til alle fire punkter.

Ved behov kan skjemaet utvides med flere målepunkter under hvert av de fire hovedtema (punkt 1-4).

Skjemaet fylles ut for alle aktuelle pasienter og følger pasienten fra mottak og frem til evaluering etter tre måneder.

Dersom man bare arbeider med ett eller to av forholdene vil ikke målepunktskjema være aktuelt som et prosessmål. Man kan likevel bruke skjemaet for å samle informasjonen om hver enkelt pasient.

NB! Sikre forsvarlige rutiner for oppbevaring av skjemaet frem til det leveres til måleansvarlig.

Hovedpunktene er lagt inn i målepunktskjema – under hovedpunktene ligger da tiltak som dere setter i gang i som en del av deres pasientforløp.

Målepunktskjema er tenkt som en indikator for i hvilken grad hele pasientforløpet gjennomføres.

Krysse av for hver pasient – hva er gjort/ikke gjort – deres skjema ser annerledes ut – for hver pasient kan man da se hvor mange punkter som er aktuelle – et pnkt er uaktuelt – derfor 12 i stedet for 13.

,,, deler - kan ha ambisjon om hele senser

Taushetsplikt.



## Målepunkter for det Gode pasientforløpet

		Utført		
		Ja	Nei	Ikke aktuelt
<b>1</b>	<b>Forberedelse av mottak</b>			
1a	Tilstrekkelig informasjon for videre oppfølging av pasienten er mottatt / innhentet via e-link eller samtale.	1	✓	
1b	Sjekkliste for forberedelse av hjemkomst er gjennomført og dokumentert.	2	✓	
1c	Behov for innsatssteam / rehabilitering er vurdert.	3		✓
<b>2</b>	<b>Kartlegging ved innkomst</b>			
2a	Sjekkliste for hjemmebesøk / innkomst er gjennomført.	4	✓	
2b	"Hva er viktig for deg?" samtale er gjennomført.	5	✓	
2c	4 meter gangtest er gjennomført.	6		✓
<b>3</b>	<b>Oppfølging av fastlege (evt. tverrfaglig vurdering)</b>			
3a	Hjemmesykepleien har sendt fastlegen informasjon for konsultasjon	7	✓	
3b	Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk, er gjennomført av fastlegen.	8		✓
3c	Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet	9		✓
<b>4</b>	<b>Evaluerings (etter 3 mnd.)</b>			
4a	Sjekkliste for oppfølging og evaluering er gjennomført.	10	✓	
4b	"Har vi lykkes med det som er viktig for deg?" - samtale er gjennomført.	11	✓	
4c	Andre 4 meter gangtest er gjennomført	12		✓
4d	Oppfølging / evaluering innen 6 mnd er planlagt	13	✓	
Prosent etterlevelse av målepunktene			8 av 12	
Oppløse av endring i funksjon				

Navn: 312

Mottak: 04.01.22

Kartlegging innkomst: 07.01.22

Evaluerings: 28.03.22

Målepunktskjema er tenkt brukt som

en prosess

endret o

alle fire

Ved beh

flere må

fire hove

Skjemae

pasiente

mottak o

månede

Dersom

eller to

målepur

prosessr

skjemae

om hver

NB! Sikr

oppbevaring av skjemaet frem til det

leveres til måleansvarlig.

Legge det inn i et vanlig Excel-ark

Nårman har gjort det for noen brukere – følge med på egen praksis.

Hvorm mange av disse ptnkene er ivare tatt med brukerne

Alle må ikke gjøre alt - for noen er det å gjøre færre punkter – alle må ikke gjøres.

Lage en del for mottaket: Hvor mange punkter er det der.

## Målepunkter for det Gode pasientforløpet

		Utført		
		Ja	Nei	Ikke aktuelt
<b>1</b>	<b>Forberedelse av mottak</b>			
1a	Tilstrekkelig informasjon for videre oppfølging av pasienten er mottatt / innhentet via e-link eller samtale.	1	✓	
1b	Sjekkliste for forberedelse av hjemkomst er gjennomført og dokumentert.	2	✓	
1c	Behov for innsatssteam / rehabilitering er vurdert.	3		✓
<b>2</b>	<b>Kartlegging ved innkomst</b>			
2a	Sjekkliste for hjemmebesøk / innkomst er gjennomført.	4	✓	
2b	"Hva er viktig for deg?" samtale er gjennomført.	5	✓	
2c	4 meter gangtest er gjennomført.	6		✓
<b>3</b>	<b>Oppfølging av fastlege (evt. tverrfaglig vurdering)</b>			
3a	Hjemmesykepleien har sendt fastlegen informasjon for			
3b	Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk, er gjennom			
3c	Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet			
<b>4</b>	<b>Evaluering (etter 3 mnd.)</b>			
4a	Sjekkliste for oppfølging og evaluering er gjennomført.			
4b	"Har vi lykket med det som er viktig for deg?" - samt			
4c	Andre 4 meter gangtest er gjennomført			
4d	Oppfølging / evaluering innen 6 mnd er planlagt			

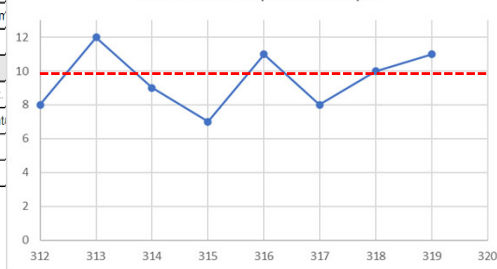
Navn: 312

Mottak: 04.01.22

Kartlegging innkomst: 07.01.22

Evaluering: 28.03.22

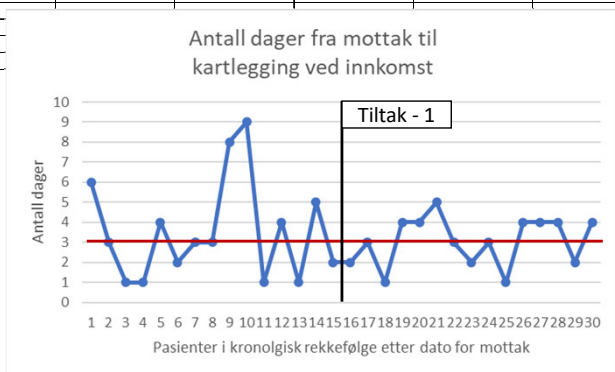
Samlet skår for pasientforløpet



	A	B
		<b>Sjekkpunkt gjennomført</b>
1	<b>BrukerID</b>	
2	312	8
3	313	12
4	314	9
5	315	7
6	316	11
7	317	8
8	318	10
9	319	11

gode  
pasient-  
forløp

Bruker	Mottak	Kartlegging ved innkost	Hva-er-viktig-for-deg? samtale - 1	Time hos fastlege	Evaluering	Hva-er-viktig-for-deg? samtale - 2	Antall dager fra mottak til kartlegging ved innkost	Antall dager fra kartlegging ved innkost til evaluering	Antall dager fra mottak til time hos fastlege	Antall dager fra mottak til "Hva-er-viktig-for-deg?" samtale-1	Antall dager fra "Hva-er-viktig-for-deg?" samtale-1 til samtale-2
1	10.08.2022	13.08.2022	15.08.2022	10.09.2022	15.11.2022	10.12.2022	3	94	31	5	117
2							0	0	0	0	0
3							0	0	0	0	0
4							0	0	0	0	0
5							0	0	0	0	0
6							0	0	0	0	0
7							0	0	0	0	0
8							0	0	0	0	0
9							0	0	0	0	0
10							0	0	0	0	0
11							0	0	0	0	0
12							0	0	0	0	0
13							0	0	0	0	0
14							0	0	0	0	0
15							0	0	0	0	0
16							0	0	0	0	0
17							0	0	0	0	0
18							0	0	0	0	0
19							0	0	0	0	0
20							0	0	0	0	0



## Målepunkter for det Gode pasientforløpet

		Utført		
		Ja	Nei	Ikke aktuelt
<b>1</b>	<b>Forberedelse av mottak</b>			
1a	Tilstrekkelig informasjon for videre oppfølging av pasienten er mottatt / innhentet via e-link eller samtale.			
1b	Sjekkliste for forberedelse av hjemkomst er gjennomført og dokumentert.			
1c	Behov for innsatsteam / rehabilitering er vurdert.			
<b>2</b>	<b>Kartlegging ved innkomst</b>			
2a	Sjekkliste for hjemmebesøk / innkomst er gjennomført.			
2b	"Hva er viktig for deg?" samtale er gjennomført.			
2c	4 meter gangtest er gjennomført			
<b>3</b>	<b>Oppfølging av fastlege (evt. tverrfaglig vurdering)</b>			
3a	Hjemmesykepleien har sendt fastlegen informasjon for konsultasjon			
3b	Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk, er gjennomført av fastlegen.			
3c	Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet			
<b>4</b>	<b>Evaluering (etter 3 mnd.)</b>			
4a	Sjekkliste for oppfølging og evaluering er gjennomført.			
4b	"Har vi lykkes med det som er viktig for deg?" - samtale er gjennomført.			
4c	Andre 4 meter gangtest er gjennomført			
4d	Oppfølging / evaluering innen 6 mnd er planlagt			
Prosent etterlevelse av målepunktene		%		
Oppløse av endring i funksjon				

### Forslag til indikatorer

- Antall sjekkpunkter gjennomført for hver bruker.
- Antall dager fra mottak til første kartlegging er gjennomført.
- Antall dager fra første kartlegging til evaluering er gjennomført.
- Andel brukere hvor tjenestene blir evaluert etter 3 måneder.
- Andel brukere hvor sjekkliste har blitt benyttet.

Sjekkliste

Navn: 312

Mottak: 04.01.22

Kartlegging innkomst: 07.01.22

Evaluering: 28.03.22

Gode pasientforløp

Da kan vi se på hvor mange dager det tar fra innkomst til kartlegging – Lage forbedringstiltak – hva kan i gjøre for å kutte antall dager?  
Hvor lang tid tar dt før mangjør en ny evaluering.

## Blir den nye praksisen gjennomført?

1. Hver gang en sjekkliste er brukt legges papirkopien til «Måleansvarlig».
2. «Måleansvarlig» teller opp antall sjekklister, for eksempel hver uke.
3. Antallet sjekklister legges inn i et regneark som viser bruk av sjekklister over tid.

Ukenr	Antall ganger sjekkliste er brukt	Antall "nye" brukere	Andel "nye" brukere hvor sjekkliste er brukt
1	3		
2	4		
3	3		
4	4		
5	4		
6	2		
7	3		
8	4		
9	4		
10	5		
11	4		
12	5		
13	4		
14	6		
15	5		
16	7		
17	4		
18	6		
19	4		
20	7		
21	6		
22	8		
23	8		
24	7		
25	9		

Hva ville gjort denne registreringen bedre?



Gode  
pasient-  
forløp

En sjekkliste – vær nøye -beskriver praksisen dere vil ha.

Hvis du har vledig få pasienter – hver pasient – litt flere - telle opp hver uke – du må ha en del punkter – hver måned 5-8 måneder – du ser endringer mye raskere.

- Variasjon – 20 pasienter og 10 pasienter – 10 er maks. Forholdstallet.
- Hvor ofte skjer det i forhold til hvor mange ganger det kunne skjedd.

Ved innføring av sjekklister kan man for eksempel telle hvor ofte sjekklisten benyttes.

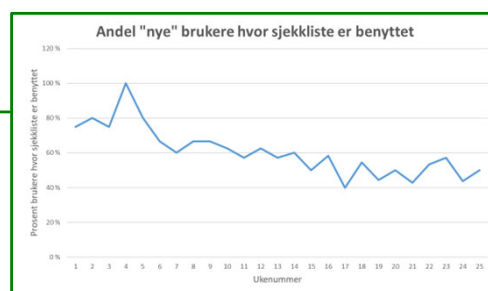
I utgangspunktet ser det ut som om det er en stor økning i bruk av sjekklister, og det er riktig med tanke på antall, men som den nederste figuren viser har andelen av nye pasienter som hvor sjekklisten har blitt benyttet gått ned. Dette får konsekvenser for hvilken effekt vi kan regne med å få av tiltaket.

## Blir den nye praksisen gjennomført?

1. Hver gang en sjekkliste er brukt legges papirkopien til «Måleansvarlig».
2. «Måleansvarlig» teller opp antall sjekklister, for eksempel hver uke.
3. Antallet sjekklister legges inn i et regneark som viser bruk av sjekklister over tid.
4. «Måleansvarlig» teller antall «nye» brukere i perioden og legger dette inn i regnearket.
5. Forbedringsteam eller personalgruppe diskuterer resultater.
6. Ta stikkprøver for å kontrollere hvilke ledd som brukes.

Ukenr	Antall ganger sjekkliste er brukt	Antall "nye" brukere	Andel "nye" brukere hvor sjekkliste er brukt
1	3		
2	4		
3	3		
4	4		
5	4		
6	2		
7	3		
8	4		
9	4		
10	5		
11	4		
12	5		
13	4		
14	6		
15	5		
16	7		
17	4		
18	6		
19	4		
20	7		
21	6		

Hva ville gjort denne registreringen bedre?



$$\frac{\text{Antall ganger sjekkliste er brukt}}{\text{Antall «nye» brukere}} = \text{Andel «nye» brukere hvor sjekkliste er brukt}$$

Det er færre som får tilbud om sjekkliste – det kommer fler og fler. Da kan man diskutere i personalgruppen – hva er det som gjør at vi bruker færre sjekklister? Trenger man mer opplæring, sjekklisten er ikke tilgjengelig, hva gjør at vi glemmer det, fjerne ting som er ubrukelig, ... legge til rette for å øke sjansen for at sjekklista blir brukt.

## Blir den nye praksisen gjennomført?

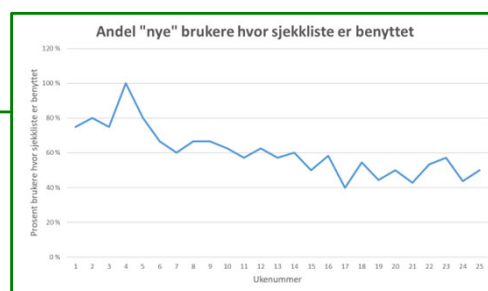
1. Hver gang en sjekklister er brukt legges papirkopien til «Måleansvarlig».
2. «Måleansvarlig» teller opp antall sjekklister, for eksempel hver uke.
3. Antallet sjekklister legges inn i et regneark som viser bruk av sjekklister over tid.
4. «Måleansvarlig» teller antall «nye» brukere i perioden og legger dette inn i regnearket.
5. Forbedringsteam eller personalgruppe diskuterer resultater.
6. Ta stikkprøver for å kontrollere hvilke ledd som brukes.

Ukenr	Antall ganger sjekklister er brukt	Antall "nye" brukere	Andel "nye" brukere hvor sjekklister er brukt
1	3	4	75 %
2	4	5	80 %
3	3	4	75 %
4	4	4	100 %
5	4	5	80 %
6	2	3	67 %
7	3	5	60 %
8	4	6	67 %
9	4	6	67 %
10	5	8	63 %
11	4	7	57 %
12	5	8	63 %
13	4	7	57 %
14	6	10	60 %
15	5	10	50 %
16	7	12	58 %
17	4	10	40 %
18	6	11	55 %
19	4	9	44 %
20	7	14	50 %
21	6	14	43 %

$$\frac{\text{Antall ganger sjekklister er brukt}}{\text{Antall «nye» brukere}} = \text{Andel «nye» brukere hvor sjekklister er brukt}$$

Denne måten å telle forekomster kan benyttes på en rekke ulike mål, for eksempel:

- Antall avvik / antall mottak.
- Antall pasienter som får epikrise «i hånden» / antall pasienter som skrives ut.
- Antall «Hva-er-viktig-for-deg-samtaler» / antall pasienter som skulle hatt samtale.



Slike forhold – enten er brukt eller ikke brukt – enten eller.

# Sjeklister

Dersom man ønsker å bruke mer av informasjonen i sjekklister med tanke på å analysere egen praksis kan man legge inn svarene på alle leddene.

Det vil da være mulig å for eksempel analysere om det er ulike mønstre i svar på tvers av typer av brukere, eller hvilke ledd som brukes ofte/sjelden.

Pasient:	Sjekkliste 1. Forberedelse hjemkomst		Planlagt hjemkomstdato:	
	Feilt med sårbare	OK	Uten kommentar	Kommentar
<b>Hjelpemidler</b>				
Er vedtatt å gi hjelpemidler (stूलe/øvelser)? Beskriv av behov, korsett, ruller?	✓			= 7
<b>Medisinsk/teknisk utstyr</b>				
Er det noe behov for medisinsk/teknisk utstyr (O <sub>2</sub> , smertemiddel, ernæringsoppskrift osv.)	✓			= 7
<b>Kompetanse</b>				
Behov for opplanning av pasienter (gjelder med påskrevet med bistand eller utdanning innen oppfølging)				= 0
<b>Medisinere/ansatte</b>				
Medisiner (nr i dagligdag)				
Resepptilgang til medisin	✓			= 7
Prosjekt av nye medisin				
Prosjekt av nye resepter, spør om de kan fortas ut på forhånd	✓			= 7
<b>Måned</b>				
Er det noe behov for pasienter/ansatte for brukere som bruker måned				= 0
<b>Kandidegjennomgang</b>				
Er det behov for å følge opp med til de neste dagene?	✓			= 7
<b>Behandlingsavklaring/res. minus</b>				
Er det behov for å klare for videre oppfølging og fornying av tilleggs til res minus for hjemkomst? (Et) samarbeid med fastlegen	✓			= 7
<b>Planlegg første besøk</b>				
Er det behov for å klare for videre oppfølging og fornying av tilleggs til res minus for hjemkomst? (Et) samarbeid med fastlegen	✓			= 7
<b>Behov for hjelp til å få med i kjøleskapet?</b>				
Behov for hjelp til å få med i kjøleskapet?	✓			= 7
<b>Oppgjør arbeidsliste</b>				
Oppgjør arbeidsliste	✓			= 7
<b>Informasjon samarbeidspartnere om utskriving</b>				
Informasjon samarbeidspartnere om utskriving				
Informasjon samarbeidspartnere om utskriving	✓			= 7
<b>Oppnevnt primærkontakt og sekundær</b>				
Oppnevnt primærkontakt og sekundær				= 0
<b>Videre oppfølging</b>				
Videre oppfølging	✓			= 7

Nå skal vi gjøre en pilottest av denne sjekklister ...

- Er det noen pasienter – få punkter brukt – passer ikke for de pasienten
- Hvilke ledd brukes
- Vil gjøre det perfekt – vil lage gode tjenester – tar med punkter som ikke er nødvendig – kan luke ut dete.

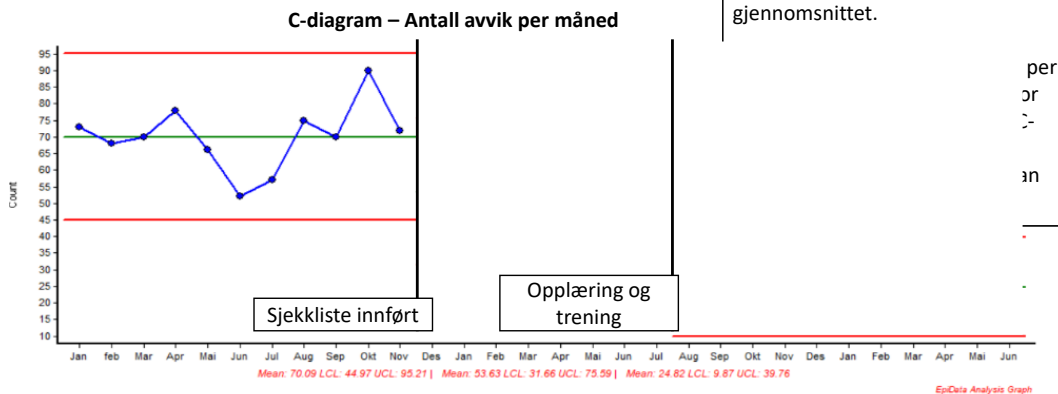
## Måleansvarlig på tjenestestedet



# Antall avviksmeldinger (per måned)

Måned	Aavvik
Jan	73
Feb	68
Mar	70
Apr	78
Mai	66
Jun	52
Jul	57
Aug	75
Sep	70
Okt	90
Nov	72
Des	46
Jan	35
Feb	38
Mar	48
Apr	56
Mai	65
Jun	70
Jul	71

1. For hver måned teller man opp antall avviksmeldinger.
2. Deretter lager man et RUN-diagram eller et C- eller U-diagram.



## Skal jeg bruke C- eller U-diagram?

Hvis «mulighetsområdet» er omtrent det samme for hver periode bør man bruke C-diagram.

Med «omtrent det samme» menes ikke mer enn 20% avvik fra gjennomsnittet.

Gode pasientforløp

Finn bedre eksempler på effektmål.

Stiplet linje – hvis tiltaket ikke virker -

## «Hva er viktig for deg?» - systematisk arbeid over tid

4. Har vi spurt igjen for å evaluere om tiltakene har virket?

Vi kan telle antall «evalueringssamtaler»

Vi kan måle tid mellom samtaler



1. Har vi spurt «Hva er viktig for deg?»

Vi kan telle antall «førstesamtaler»

3. Har vi samarbeidet med brukeren om å utvikle tiltak for å nå målene?

2. Har vi samarbeidet om å formulere brukerens mål?

Gode pasientforløp

Bildet er tatt av [Peggy und Marco Lachmann-Anke](#) fra Pixabay.

Jeg har sjekket at vi kan benytte bildet vederlagsfritt.

<https://pixabay.com/illustrations/meeting-together-cooperation-1015291/>

Bilde er tatt av [Peggy und Marco Lachmann-Anke](#) fra [Pixabay](#)

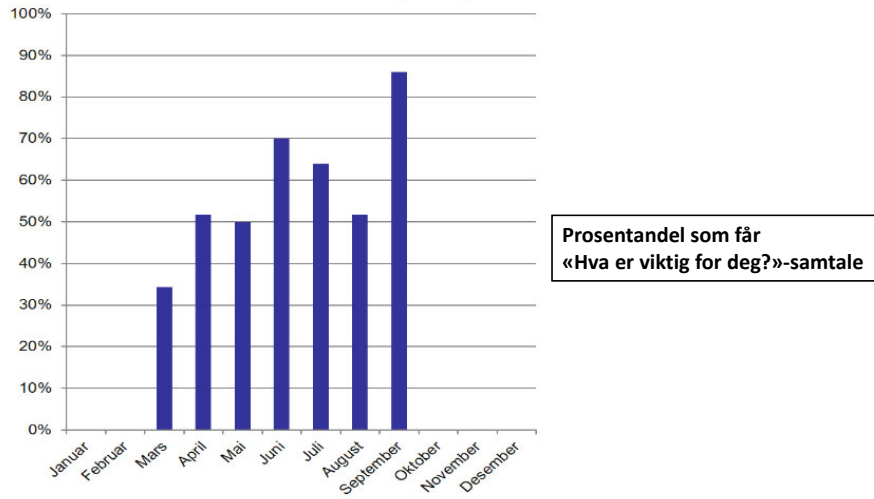
Evt. kan man telle evalueringssamtaler for «etablerte» brukere

Bildet er tatt av [Peggy und Marco Lachmann-Anke](#) fra [Pixabay](#)



Eigersund kommune – motiv: Eigersund by i vinterdrakt

### Hva er viktig for deg -samtale ved korttid/ØHD/lindring i Eigersund kommune

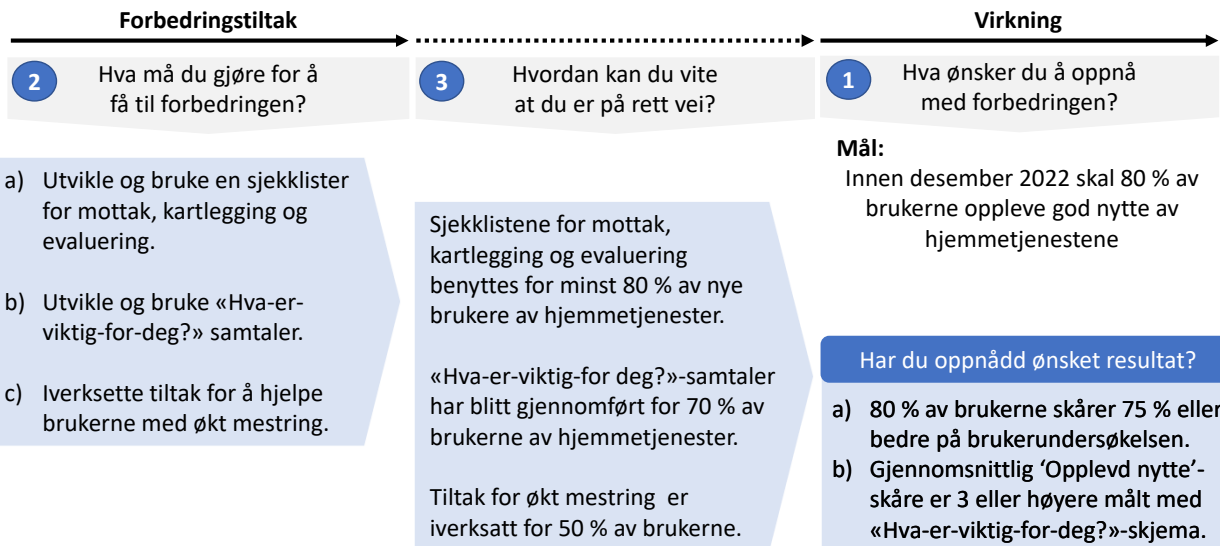


Gode pasientforløp

# Evaluering av forbedringstiltakenes virkning



## Mål for forbedringsarbeidet



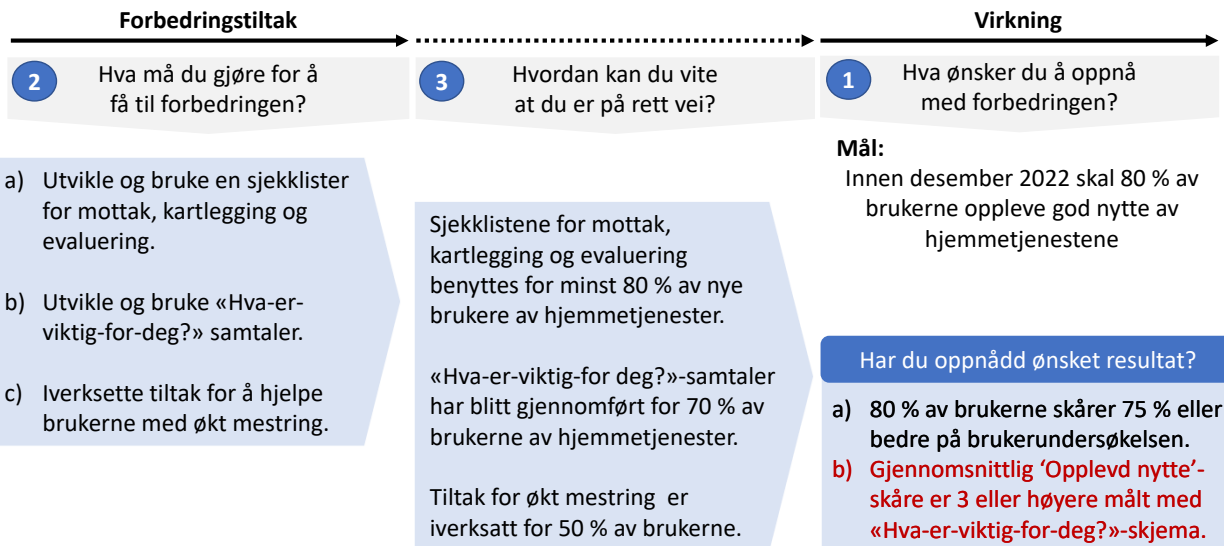
Vær realistiske – ikke for høye mål – da må man kanskje gjøre noe enklere.

Presentasjonen på Samling-2 omhandlet:

- Målinger ved utvikling og utprøving av sjekklister.
- Måling for å sjekke i hvilken grad ny praksis gjennomføres (etterlevelse av prosedyre)
- Sammenheng mellom mål og operasjonalisering av målepunkter.

Presentasjonen kan dere se på  
...adresse ...

# Mål for forbedringsarbeidet

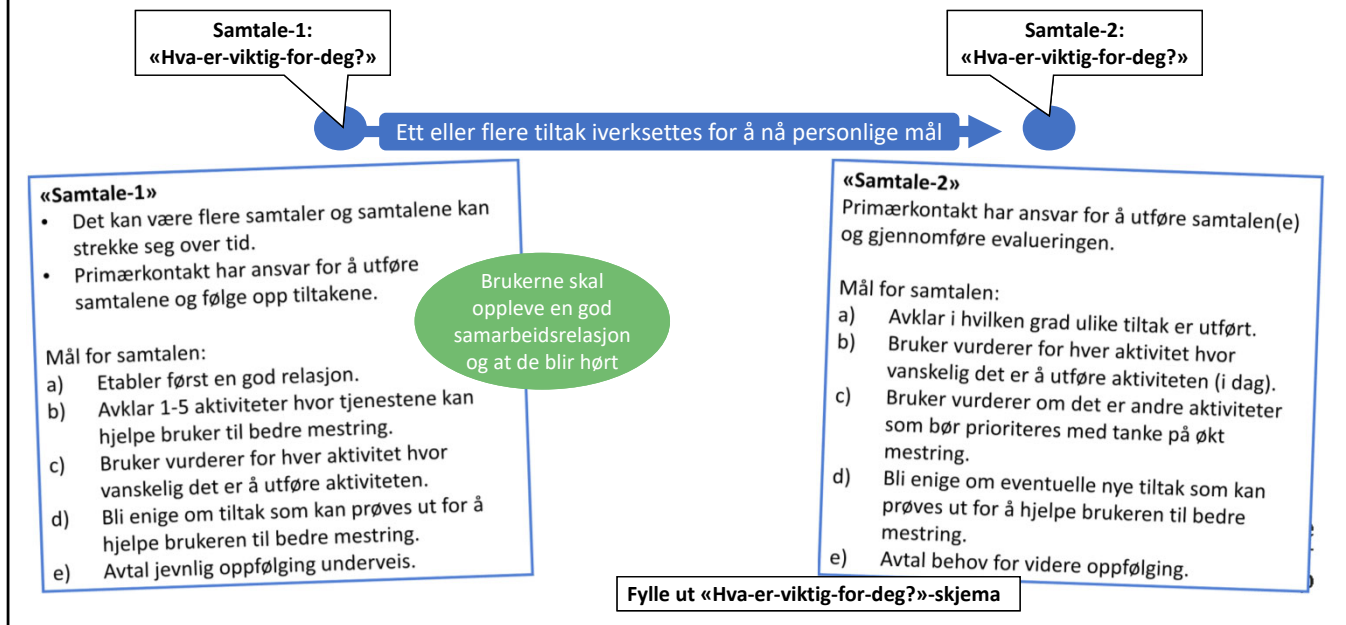


Presentasjonen på Samling-2 omhandlet:

- Målinger ved utvikling og utprøving av sjekklister.
- Måling for å sjekke i hvilken grad ny praksis gjennomføres (etterlevelse av prosedyre)
- Sammenheng mellom mål og operasjonalisering av målepunkter.

Presentasjonen kan dere se på ...adresse ...

## Hva er viktig for deg?



Se på hvordan HEVD skjema kan brukes som effektindikator.

Bedre å gjøre det enkelt i starten og lykkes/mestre, enn å gjøre det for vanskelig og stoppe helt opp. – b-lir ikke mye forbedring.

# «Hva er viktig for deg?» skjema

Pasient ID: Bruker 1

**Hva er viktig for deg?**

Hvor vanskelig synes du det er å utføre aktiviteten nå?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Veldig vanskelig Ingen vansker

	1. samtale	2. samtale
Handle på butikken	2	5
Besøke Kåre	4	5
Delta på «fellesgym»	3	8

Samtale-1:  $(2 + 4 + 3) / 3 = 3$

Gjennomsnitt

Opplevd nytte

Bruker	Samtale 1	Samtale 2	Opplevd nytte



# «Hva er viktig for deg?» skjema

Pasient ID: Bruker 1

Hva er viktig for deg?

Hvor vanskelig synes du det er å utføre aktiviteten nå?



1. samtale 2. samtale

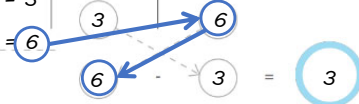
	1. samtale	2. samtale
Handle på butikken	2	5
Besøke Kåre	4	5
Delta på «fellesgym»	3	8

Samtale-1:  $(2 + 4 + 3) / 3 = 3$

Gjennomsnitt

Samtale-2:  $(5 + 5 + 8) / 3 = 6$

Opplevd nytte



Bruker	Samtale 1	Samtale 2	Opplevd nytte

# «Hva er viktig for deg?» skjema

Pasient ID: **Bruker 1**

Hvor vanskelig synes du det er å utføre aktiviteten nå?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Veldig										Ingen
	vanskelig										vansker

	1. samtale	2. samtale
Handle på butikken	2	5
Besøke Kåre	4	5
Delta på «fellesgym»	3	8

Samtale-1:  $(2 + 4 + 3) / 3 = 3$   
 Gjennomsnitt

Samtale-2:  $(5 + 5 + 8) / 3 = 6$

Opplevd nytte:  $6 - 3 = 3$

Bruker	Samtale 1	Samtale 2	Opplevd nytte
	1		

# «Hva er viktig for deg?» skjema

Hva er viktig for deg?

Pasient ID: Bruker 1

Hvor vanskelig synes du det er å utføre aktiviteten nå?



	1. samtale	2. samtale
Handle på butikken	2	5
Besøke Kåre	4	5
Delta på «fellesgym»	3	8

Samtale-1:  $(2 + 4 + 3) / 3 = 3$   
Gjennomsnitt

Samtale-2:  $(5 + 5 + 8) / 3 = 6$

Opplevd nytte

$6 - 3 = 3$

Bruker	Samtale 1	Samtale 2	Opplevd nytte
1	3	6	

# «Hva er viktig for deg?» skjema



Pasient ID: Bruker 1

Hvor vanskelig synes du det er å utføre aktiviteten nå?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Veldig vanskelig							Ingen vansker			

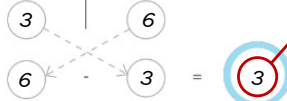
	1. samtale	2. samtale
Handle på butikken	2	5
Besøke Kåre	4	5
Delta på «fellesgym»	3	8

Samtale-1:  $(2 + 4 + 3) / 3 = 3$

Gjennomsnitt

Samtale-2:  $(5 + 5 + 8) / 3 = 6$

Opplevd nytte



Bruker	Samtale 1	Samtale 2	Opplevd nytte
1	3	6	3

# «Hva er viktig for deg?» skjema

Pasient ID: **Bruker 1**

**Hva er viktig for deg?**

Hvor vanskelig synes du det er å utføre aktiviteten nå?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Veldig vanskelig Ingen vansker

	1. samtale	2. samtale
Handle på butikken	2	5
Besøke Kåre	4	5
Delta på «fellesgym»	3	8

Samtale-1:  $(2 + 4 + 3) / 3 = 3$   
 Gjennomsnitt

Samtale-2:  $(5 + 5 + 8) / 3 = 6$

Opplevd nytte

3 - 6 = 3

Bruker	Samtale 1	Samtale 2	Opplevd nytte
1	3	6	3
2	6	5	-1
3	6	5	-1
4	5	8	3
5	0	10	10
6	3	10	7
7	4	6	2
8	6	6	0
9	2	10	8
10	5	3	-2
11	3	6	3
12	1	10	9
13	5	4	-1
14	4	6	2
15	0	6	6
16	1	8	7
17	6	10	4
18	2	6	4
19	1	6	5
20	6	4	-2

NB! Noen vil få dårligere skåre selv om dere har gjort perfekt jobb – blir dårlig av andre forhold.

# «Hva er viktig for deg?» skjema

Pasient ID: Bruker 1

Hva er viktig for deg?

Hvor vanskelig synes du det er å utføre aktiviteten nå?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Veldig vanskelig Ingen vansker

	1. samtale	2. samtale
Handle på butikken	2	5
Besøke Kåre	4	5
Delta på «fellesgym»	3	8

Samtale-1:  $(2 + 4 + 3) / 3 = 3$   
 Gjennomsnitt

Samtale-2:  $(5 + 5 + 8) / 3 = 6$

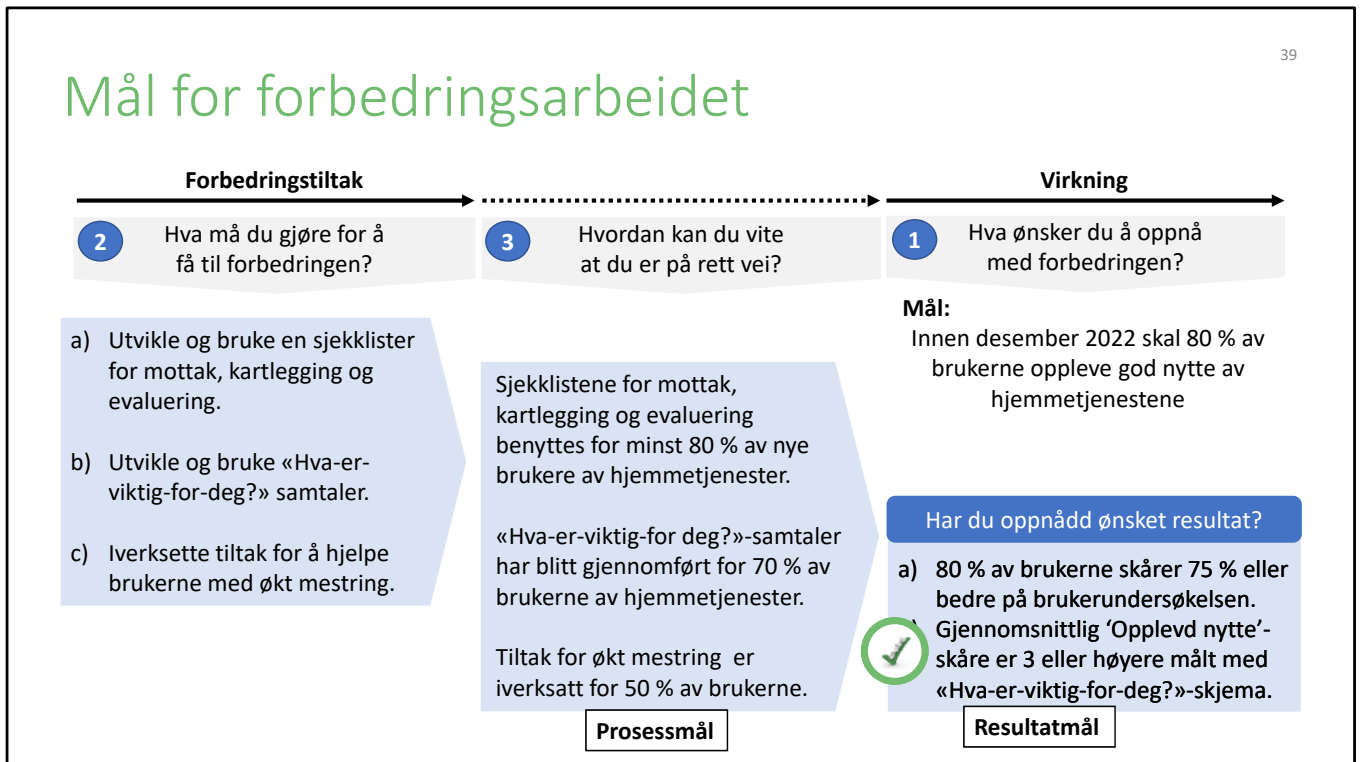
Opplevd nytte

3 - 6 = 3

Bruker	Samtale 1	Samtale 2	Opplevd nytte
1	3	6	3
2	6	5	-1
3	6	5	-1
4	5	8	3
5	0	10	10
6	3	10	7
7	4	6	2
8	6	6	0
9	2	10	8
10	5	3	-2
11	3	6	3
12	1	10	9
13	5	4	-1
14	4	6	2
15	0	6	6
16	1	8	7
Gjennomsnittlig skåre for 'Opplevd nytte'			4
66 / 20 = 3,3			4
			5
			-2

Det går tid før du får mål (3 mnd.)

# Mål for forbedringsarbeidet



Presentasjonen på Samling-2 omhandlet:

- Målinger ved utvikling og utprøving av sjekklister.
- Måling for å sjekke i hvilken grad ny praksis gjennomføres (etterlevelse av prosedyre)
- Sammenheng mellom mål og operasjonalisering av målepunkter.

Presentasjonen kan dere se på ...adresse ...

# Utarbeidelse av mål og målepunkter

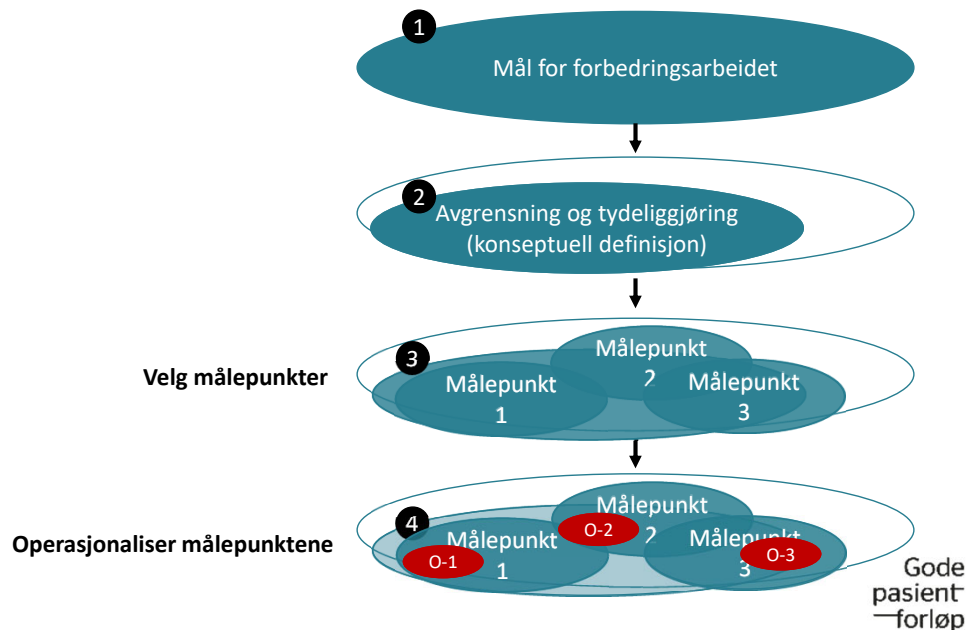


Mange studenter – stor utfordring å klare å operasjonalisere problemstilling til klare mål  
– anbefaler å bruke tid

Når dere har laget deres egne formuleringer – da skal dere begynne å bli kritiske – hva  
mener vi med dette?



# Mål og målepunkt



## Avgrensning og tydeliggjøring

- Målbeskrivelsen konkretiseres og tydeliggjøres slik at den blir mulig å måle.
- Hva mener vi med begrepene som brukes?

## Hva kan være målepunkter her?

- Et målepunkt er en **målbart konkretisering** av en avgrenset del av det overordnede forbedringsmålet.
- Vi klarer som oftest ikke å måle «alt» som omfattes av forbedringsmålet.
- Det kan være lurt å lage flere målepunkter for samme mål, spesielt om målet er «komplekst».

## Hvordan operasjonaliserer vi målepunktene?

- Operasjonalisering gir en **konkret oppskrift** på hvordan du skal gå frem for å måle målepunktet.
- Hvert målepunkt kan ofte operasjonaliseres på flere ulike måter.

**70 % har en skåre på 80% eller høyere?  
eller 10% økning i gjennomsnittsskåre.**

# Mål og målepunkt

## 2 Avgrensning og tydeliggjøring

- Hvem er «brukerne»?
- Hva menes med «aktiv partner»?
- Hvilke «tjenester»?

- Forbedringstiltaket gjelder brukere som mottar tjenester fra FACT-teamet i kommunen.
- Brukeren er en «aktiv partner» når vedkommende deltar i kartlegging, planlegging og evaluering av egne tjenester.
- Ambulante besøk hos brukere som har nytte av jevnlig samtaler.

## 3 Hva kan være målepunkt (MP) her?

MP-1: Andel gjennomførte «Hva-er-viktig-for-deg?»-evalueringer

MP-2: Brukers vurdering av egeninnsats

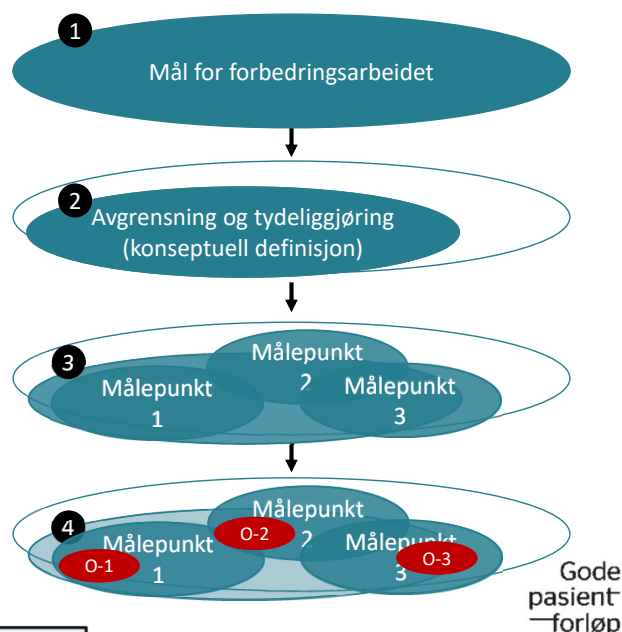
MP-3: Opplevd tilfredshet med tjenestene for bruker

## 4 Hvordan operasjonaliserer vi målepunktene?

O-1: Andel brukere som har fått førstesamtale, tiltaksplan og evalueringsmøte innen en oppstartsperiode på 3 måneder.

O-2: Spørreskjema til bruker som fylles ut ved hvert FACT-besøk.

O-3: Spørreskjema til bruker som fylles ut ved oppstart og etter 3 måneder



## Avgrensning og tydeliggjøring

- Målbeskrivelsen konkretiseres og tydeliggjøres slik at den blir mulig å måle.
- Hva mener vi med begrepene som brukes?

## Hva kan være målepunkter her?

- Et målepunkt er en **målbar konkretisering** av en avgrenset del av det overordnede forbedringsmålet.
- Vi klarer som oftest ikke å måle «alt» som omfattes av forbedringsmålet.
- Det kan være lurt å lage flere målepunkter for samme mål, spesielt om målet er «komplekst».

## Hvordan operasjonaliserer vi målepunktene?

- Operasjonalisering gir en **konkret oppskrift** på hvordan du skal gå frem for å måle målepunktet.
- Hvert målepunkt kan ofte operasjonaliseres på flere ulike måter.

**70 % har en skåre på 80% eller høyere?  
eller 10% økning i gjennomsnittsskåre.**

# Mål og målepunkt

## 2 Avgrensning og tydeliggjøring

- Hva menes med «pasientene»?
- Hva menes med «trygge»?

- Forbedringstiltaket gjelder pasienter som skrives ut til oppfølging av kommunens hjemmetjeneste.
- Med «trygge» menes at pasienten har fått tilpasset informasjon om sin tilstand og at kommunen har fått overført nødvendig informasjon for videre oppfølging.

## 3 Hva kan være målepunkter her?

MP-1: Andel pasienter som har fått tilbud om utskrivingsamtale.

MP-2: Andel pasienter som har gjennomført utskrivingsamtale.

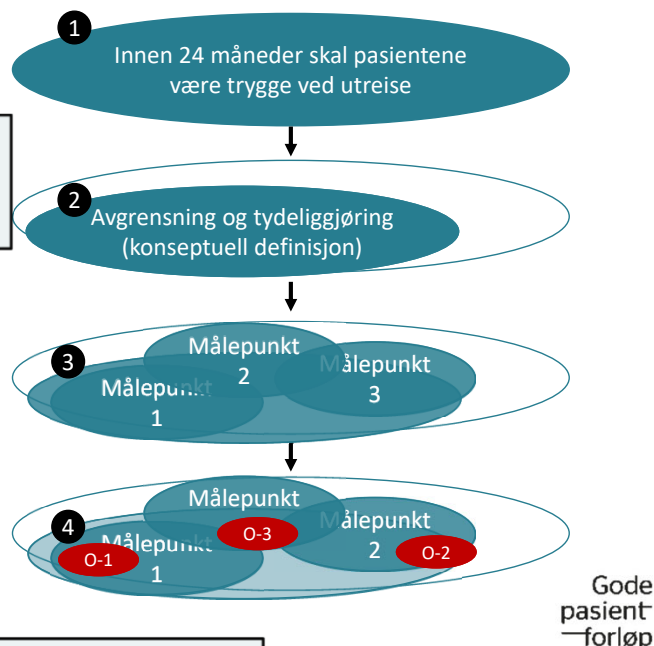
MP-3: Andel legeepikriser «i hånda»

## 4 Hvordan operasjonaliserer vi målepunktene?

O-1: Antall pasienter som har fått tilbud / antall mulige pasienter i perioden.

O-2: Antall pasienter som har gjennomført / antall mulige pasienter i perioden.

O-3: Antall pasienter med epikrisen «i hånda» / antall mulige pasienter i perioden.



- Hva er målet
- Hvilke avgrensninger
- Hva kan være mulige målepunkter – ikke ideelle – kontroll på – hvordan gjøre det i praksis!
- Kan man ikke gjøre det – ikke godt m- gjøre noe annet.
- Forklare til noen andre hva du har tenkt – forstår de ikke – gå tilbake.
- Veldig fort å bli enige om det abstrakte – med en gang man begynner å borre ned detaljene vil noen si – nei det er ikke mulig å gjøre hos oss – bedre å finne ut av det i forkant.

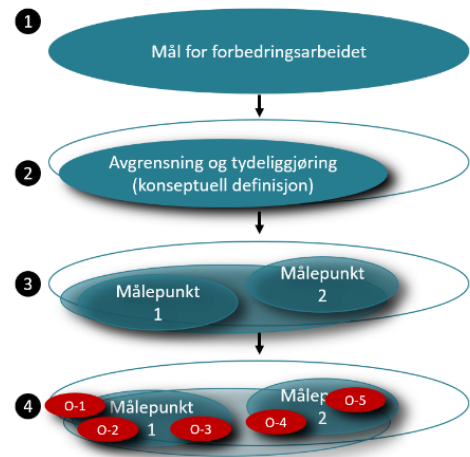
## Gruppeoppgave: Hva skal vi måle og hvordan?

- 1) Tenk gjennom eget forbedringsprosjekt.  
Velg ut et delmål i forbedringsprosjektet.

Diskuter deretter:

- 2) Hvilke begreper i beskrivelsen av delmålet må avgrenses?
- 3) Hva kan være mulige målepunkter?
- 4) Hvordan kan dere gå frem for å gjøre målingene?

Hvor mye, innen når og for hvem?



Gode pasientforløp

## Eksempler

Telling	Eksempel
Antall hendelser	Antall brukere som deltar på aktivitet, antall sjekklister som er benyttet, antall klager, antall avvik, antall pasienter som har fått ernæringskartlegging, ...
Antall hendelser 'Justeringsfaktor'	Andel brukere som deltar på aktivitet, andel sjekklister som er benyttet, antall benbrudd i forhold til antall pasienter,
Antall hendelser (Antall hendelser + ikke hendelser)	Andel klager på mottak ved innkomst til tjenesten, andel brukere hvor sjekklister er benyttet, andel brukere med ernæringskartlegging, ...
Målemetode	
Tid	Antall dager fra innkomst i tjenesten til kartlegging er utført, antall dager mellom evalueringer, antall dager bruker må vente, ...
Mengde	Antall skritt, antall meter tilbakelagt per måned, vekt, ...
Spørreskjema	Brukertilfredshet, opplevd nytte av tjenesten, ...
Kompetansetest	Poeng
Vurderingsskala	Kvalitet på dokumentasjon, kvalitet på tjenester, samlet skåre på egenvurdering/observatørvurdering av voldshendelse, ...
Sjekklister	Antall punkter i sjekklister som er ivaretatt.

## Noen tips til slutt



## Viktig å tenke på ved utvikling av «målinger»



(Basert på Rosen m.fl. 2013)

Forsøk å svare på spørsmålene:

1. **Hvorfor** skal målingene gjennomføres (hensikt)?
2. **Hva** skal målingene beskrive (innhold)?
3. **Hvor** skal målingene gjennomføres (sted)?
4. **Når** skal målingene gjøres (tidspunkt)?
5. **Hvem** samler inn dataene, fra **hvem** og **hvem** gjør analysene?
6. **Hvordan** skal målingene gjennomføres (hvilke metoder)?

Gode  
pasient  
forløp

## Gjennomføring av forbedringstiltak = lagarbeid



Resultater fra målinger gir grunnlag for å reflektere over egen praksis og treffe **beslutninger** om videre forbedringsarbeid.

Registrering og analyse av data bør derfor:

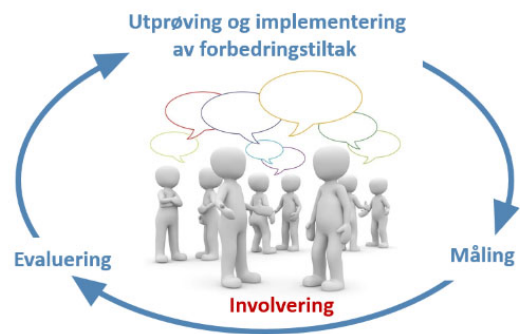
- Gi rask tilbakemelding til de som deltar i forbedringsarbeidet
- Inkludere de ansatte slik at arbeid og resultater engasjerer og motiverer
- Være enkelt å gjennomføre
- Stille få krav til teknologi.

Gode  
pasient  
forløp



## Måling i forbedringsarbeid handler om å ...

1. Gi en tydelig beskrivelse av hva vi ønsker å oppnå.
2. Identifisere sentrale forhold som vil endre seg dersom man lykkes med forbedringsarbeidet.
3. Velge ut noen forhold som skal måles (indikatorer).
4. Lage «oppskrifter» på hvordan disse forholdene skal måles (operasjonalisering).
5. Gi opplæring til de som skal samle inn data (måle) slik at alle gjør det på samme måte.
6. Organisere datainnsamlingen, helst slik at den skjer som en del av daglig praksis.
7. Samle inn data (måle).
8. Analysere data.
9. Rapportere tilbake til de ansatte, forbedringsteam, ledelse, ...
10. Bruke resultatene til videre forbedringsarbeid.



- Involver personalet i diskusjoner om:
- Hvorfor har vi igangsatt disse tiltakene?
  - Hva er hensikten med målingene?
  - Hvordan kan vi få bedre målinger?
  - Hva betyr resultatene?
  - Hva må vi gjøre annerledes?
  - Hva gjør vi som fungerer bra?

Gode  
pasient  
forløp



Lykke til med forbedringsarbeidet!

Gode  
pasient  
forløp

## Referanser

### Bilder

Lachmann-Anke, Peggy og Marco, <https://pixabay.com> (bildene på lysark 20 og 33 ).

### Litteratur

Grimsmo, A. (2012). Veien frem til et helhetlig pasientforløp.  
<https://www.nhn.no/media/1710/veien-frem-til-helhetlig-pasientforlop.pdf>

Læringsnettverk for eldre og kronisk syke i Oslo. Historien om Kåres uheldige pasientreise.  
<https://www.youtube.com/watch?v=e2Wg4jLERag>

Grimstad kommune (2016). [Sjekkliste 1](#).

Rosen, M.A., Schiebel, N., Salas, E., Wu, T.S., Sivestri, S. og King, H.B. (2013). How can team performance be measured, assessed, and diagnosed? I: E.Salas og K. Frush (red.). Improving patient safety through teamwork and team training. Oxford: Oxford University Press.

Gode  
pasient-  
forløp