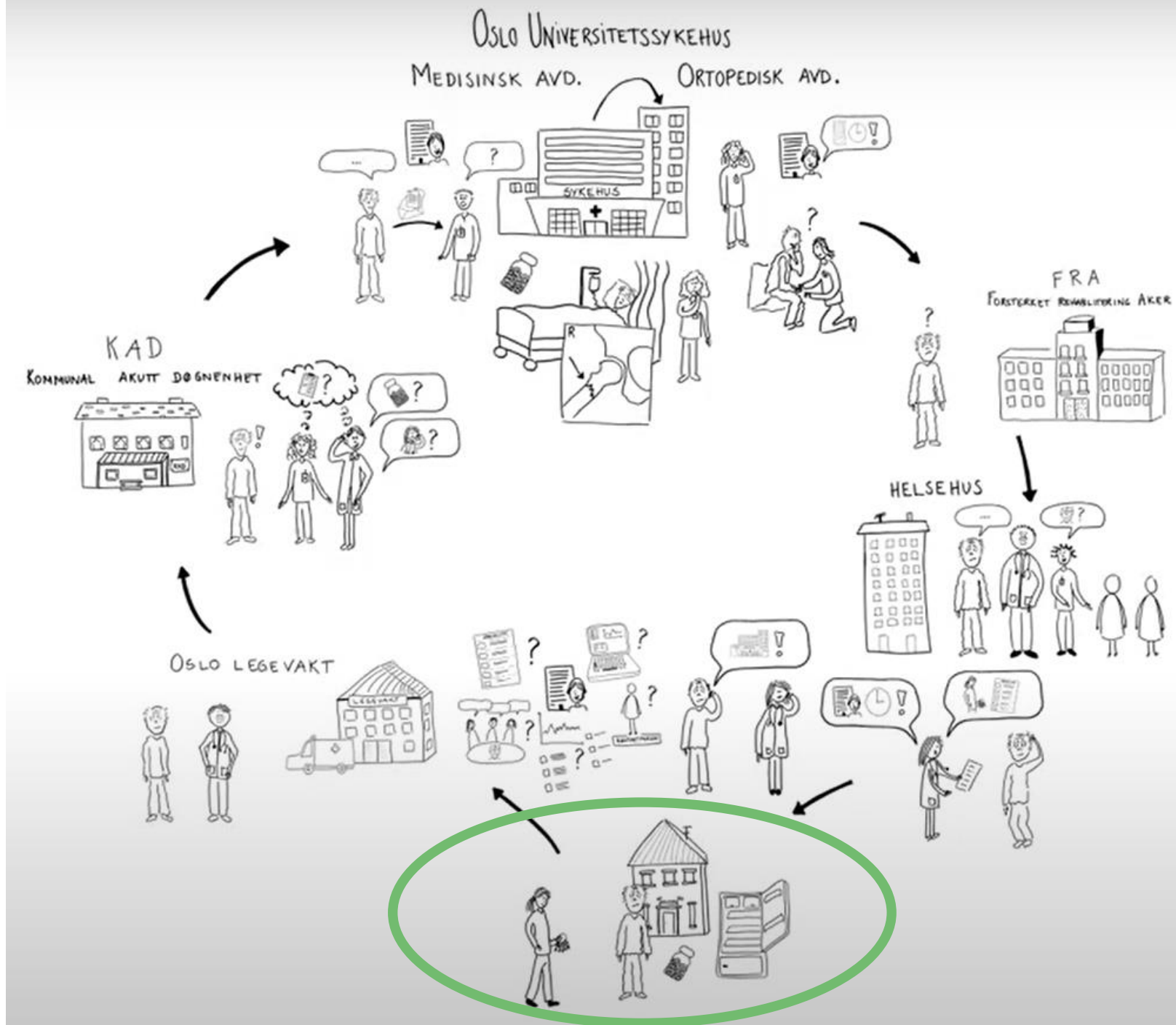




Samling-2: Bruk av målinger i forbedringsarbeid

Kåres uheldige pasientforløp

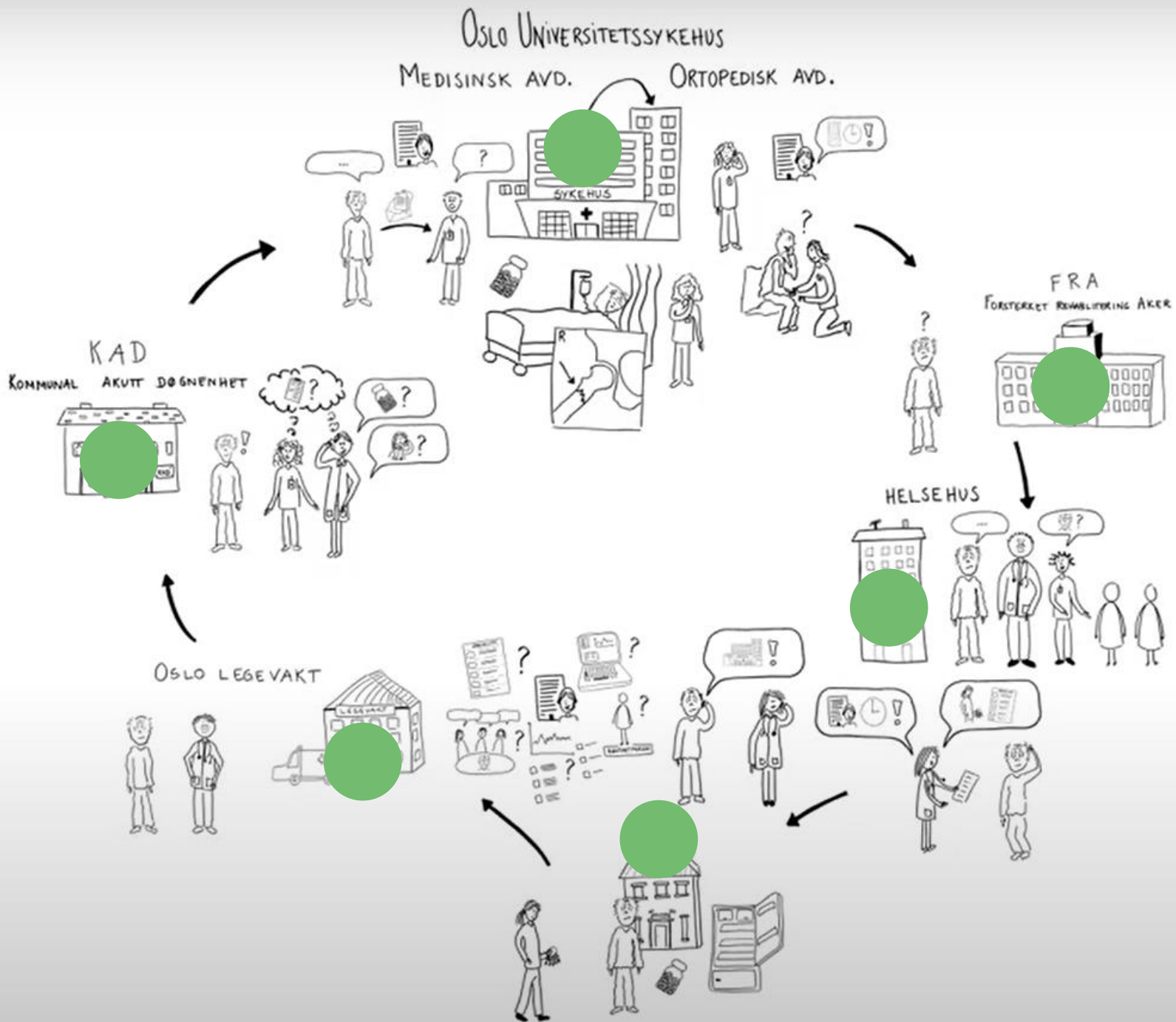


Historien om [Kåres pasientforløp](#) er utviklet i fellesskap av deltakerne i Gode pasientforløps læringsnettverk for eldre og kronisk syke i Oslo

Kåres uheldige pasientforløp

Sentrale forhold i «Gode pasientforløp»

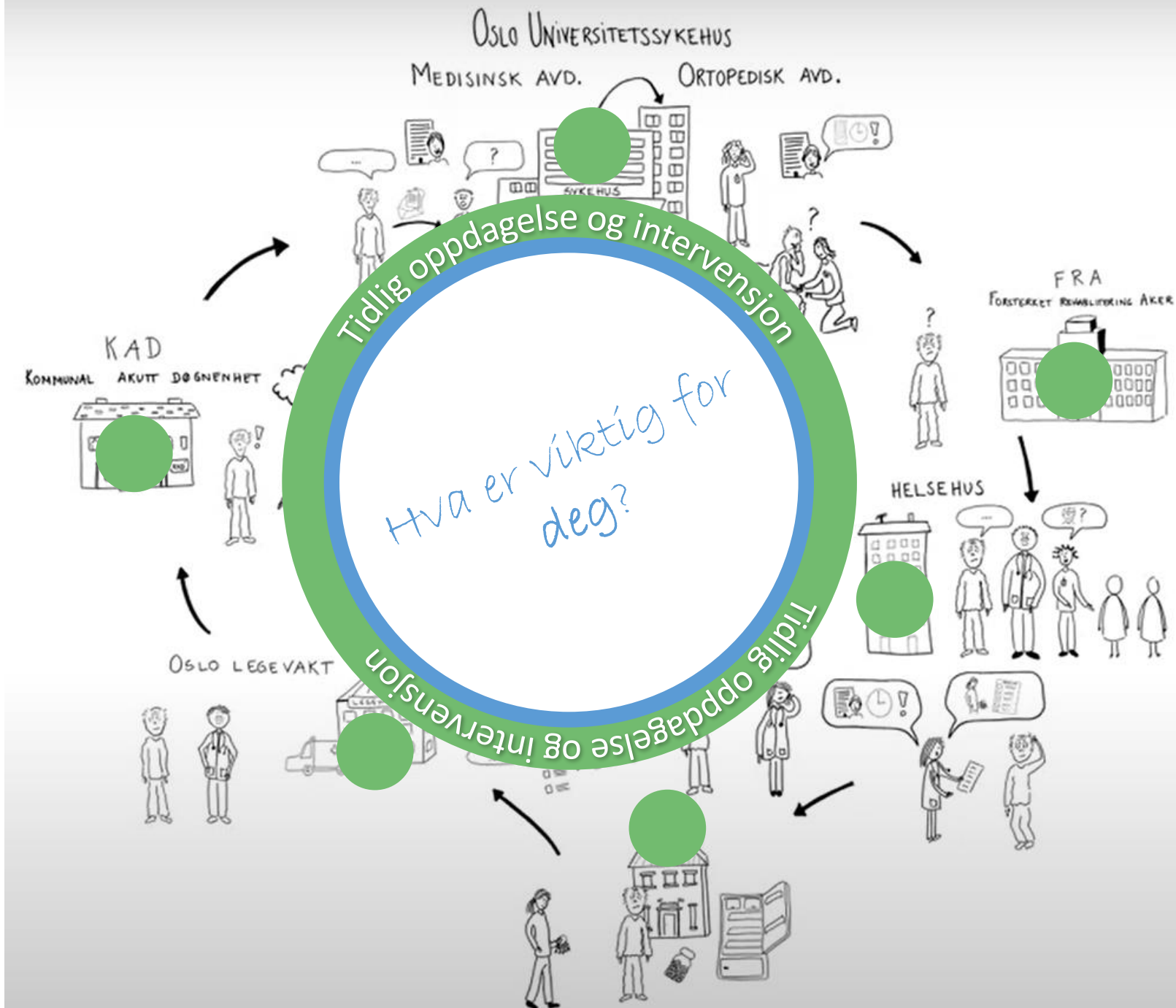
- 1 **Mottak**
(overgang mellom hjem/tjenester)
- 2 **Kartlegging ved innkomst**
(innen 3 dager i hjemmetjenesten)
- 3 **Tverrfaglig vurdering**
(inkludert fastlege innen 2 uker)
- 4 **Evaluering**
(innen 5 uker i hjemmetjenesten)



Kåres uheldige pasientforløp

● Sentrale forhold i «Gode pasientforløp»

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



Målinger i forbedringsarbeid

- 1 Utarbeide tiltak → Målinger for å utarbeide, prøve ut og justere forbedringstiltak.
- 2 Innføre ny praksis → Målinger for å sjekke i hvilken grad forbedringstiltaket gjennomføres.
- 3 Evaluere virkning → Måling for å sjekke om de iverksatte forbedringstiltakene har ønsket virkning.

Målinger i forbedringsarbeid

- 1 Utarbeide tiltak → Målinger for å utarbeide, prøve ut og justere forbedringstiltak.
- 2 Innføre ny praksis → Målinger for å sjekke i hvilken grad forbedringstiltaket gjennomføres.

Prosessindikatorer
- 3 Evaluere virkning → Måling for å sjekke om de iverksatte forbedringstiltakene har ønsket virkning.

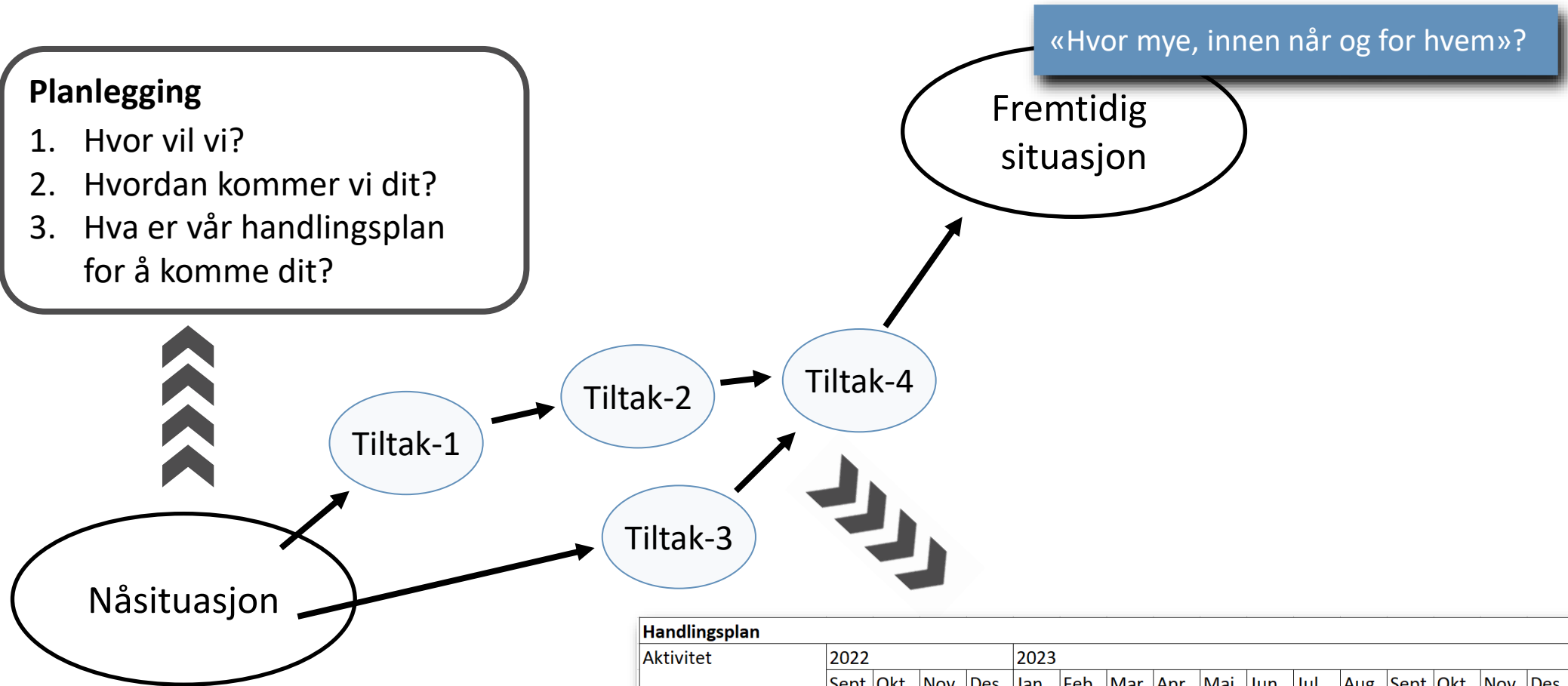
Resultatindikatorer

Planlagt endring



Planlegging

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



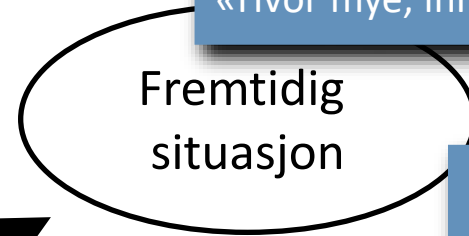
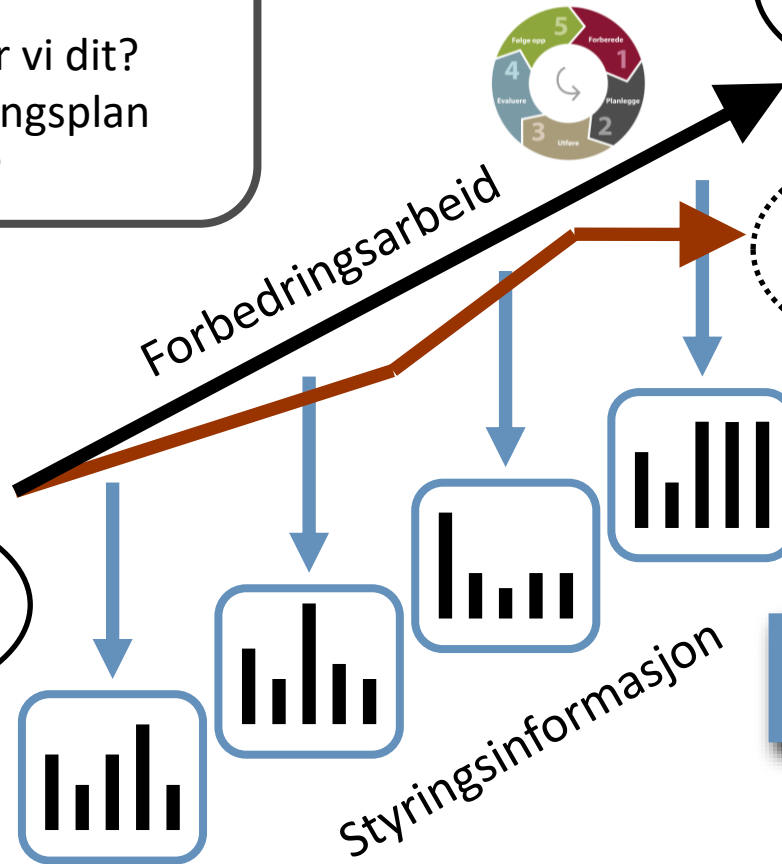
Handlingsplan	2022				2023											
	Sept.	Okt.	Nov.	Des.	Jan.	Feb.	Mar.	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Des.
Definere mål	█															
Utarbeide indikatorer	█	█														
Grunnlinje			█	█												
Tiltak-1					█	█										
Tiltak-2						█	█	█	█							
Tiltak-3								█								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

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?»

Hvordan kan jeg vite at jeg har nådd målet?

Resultatindikatorer

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

Gode pasientforløp

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

Prosessindikatorer

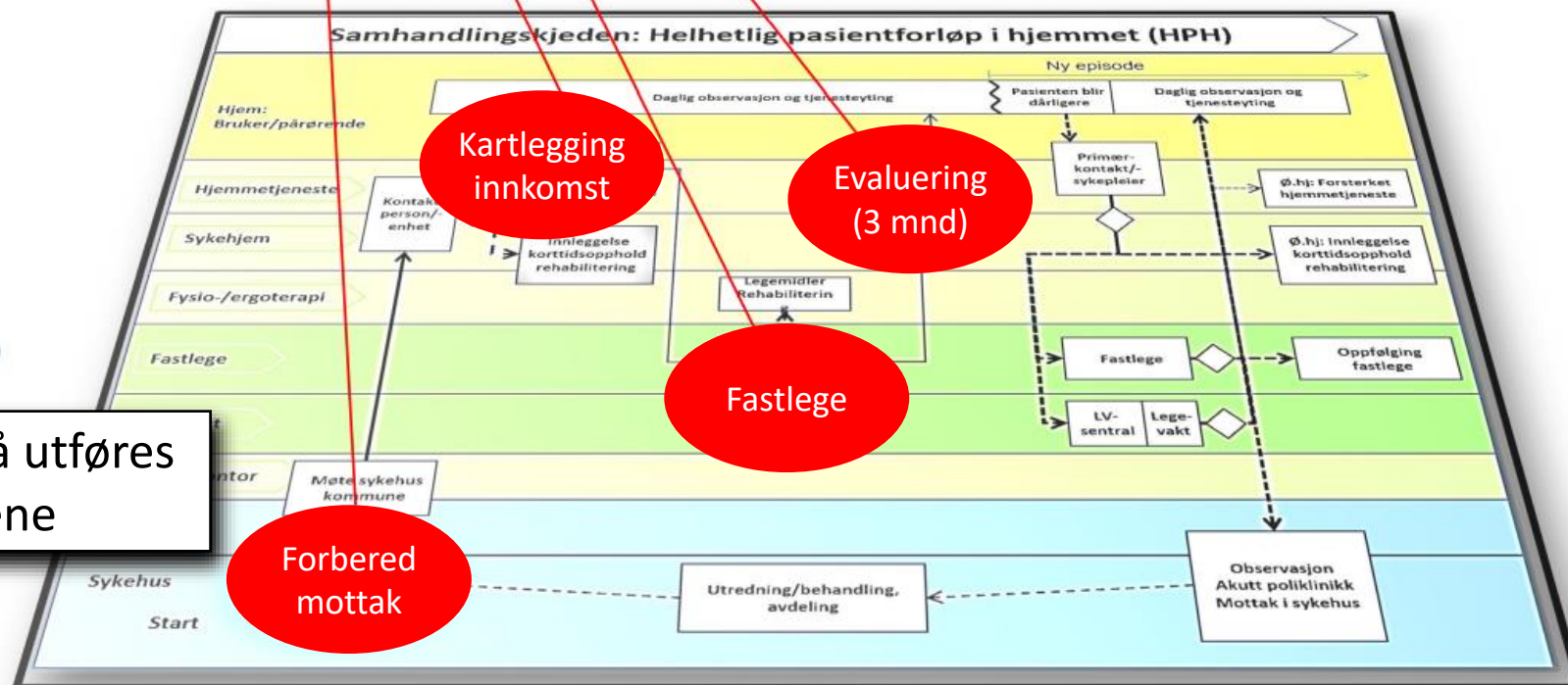


Indikatorsett for gode pasientforløp

Indikatorsett for gode pasientforløp, fylles ut av primærkontakt, dokumenteres i pasientens journal:

Pasient / Løpnummer	Utdatning/dato	Utvært			Evaluering			Kommentarer
		Ja	Nei	Ikke aktuelt	Hva er viktig for deg? (EGP-G)	CDPM funksjon	EGP utreise	
1	Vurdere henvendelsen med tanke på behov for tverrfaglig oppfølging							
2	Kommune og sykehus/kommunal institusjon har planlagt utreisen sammen							
3	Informasjon og forberedelse av utreise er gjort sammen med pasient/pårørende							
4	Vurdering av pasientens funksjon er foretatt i henhold til sjekkliste og målt med instrument som «Hva er viktig for deg?» eller COPM							
5	Oppfølgingen styres av det som er viktig for pasienten							
6	Fastlege: Klinisk utredning og legemiddelgjennomgang							
7	Ny vurdering etter 4 uker av pasientens funksjon foretatt i henhold til sjekkliste og målt med instrument som «Hva er viktig for deg?» eller COPM							
8	Pasientens opplevelse av oppfølgingen / samhandlingen er kartlagt ved intervju eller spørreundersøking							
Prosent etterlevelse av indikatorsettet								
Opplevd nytte / resultater								

HPH – flytskjema for gode pasientforløp



Beskriver ønsket praksis som må utføres for at vi skal nå forbedringsmålene

Målepunkter for det Gode pasientforløpet

		Utført		
		Ja	Nei	Ikke aktuelt
1	Forberedelse av mottak			
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		✓
2	Kartlegging ved innkomst			
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		✓
3	Oppfølging av fastlege (evt. tverrfaglig vurdering)			
3a	Hjemmesykepleien har sendt fastlegen informasjon før konsultasjon	7	✓	
3b	Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk, er gjennomført av fastlegen.	8		✓
3c	Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet.	9		✓
4	Evaluering (innen 5 uker)			
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	✓	
Navn: 312		Prosent etterlevelse av målepunktene		
Mottak: 04.01.22		8 av 12		
Kartlegging innkomst: 07.01.22		Opplevelse av endring i funksjon		
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.

Målepunkter for det Gode pasientforløpet

		Utført		
		Ja	Nei	Ikke aktuelt
1	Forberedelse av mottak			
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		✓
2	Kartlegging ved innkomst			
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		✓
3	Oppfølging av fastlege (evt. tverrfaglig vurdering)			
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		✓
4	Evaluering (innen 5 uker)			
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	✓	

Navn: 312

Mottak: 04.01.22

Kartlegging innkomst: 07.01.22

Evaluering: 28.03.22

Prosent etterlevelse av målepunktene

8 av 12

Opplevelse av endring i funksjon

Målepunktskjema er tenkt brukt som

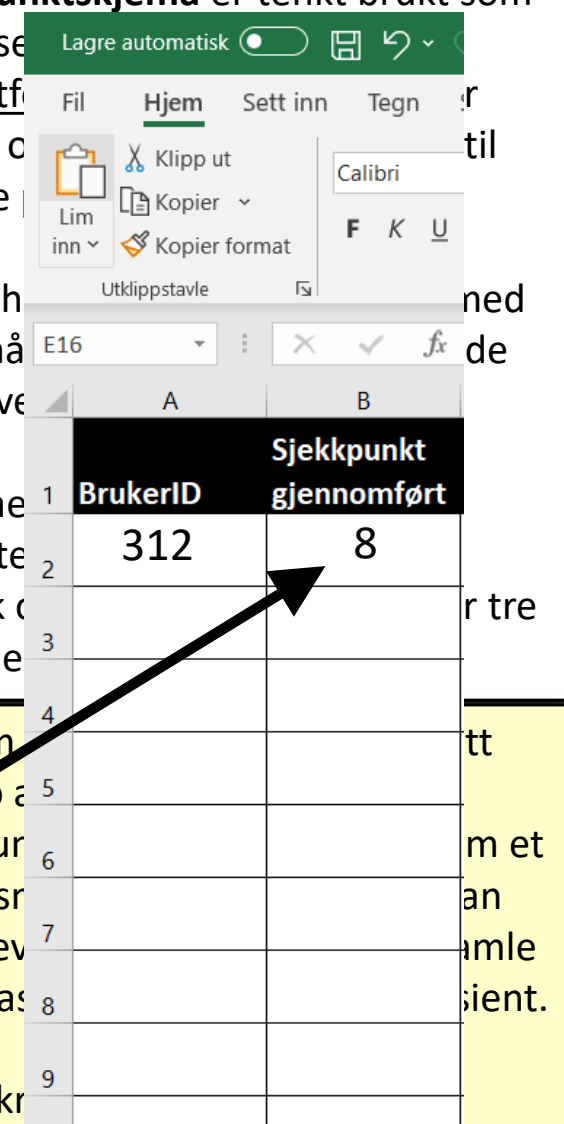
en prosedyre for registrering av pasientforløp. Skjemaet er endret og alle fire målepunkter er nå tilgjengelige for bruk.

Ved behov for flere målepunkter kan flere hovedkategorier legges til i skjemaet.

Skjemaelementene er nummerert og pasientene er sortert etter mottak og måned. Dette gjør det enkelt å finne informasjon om enkelte pasienter.

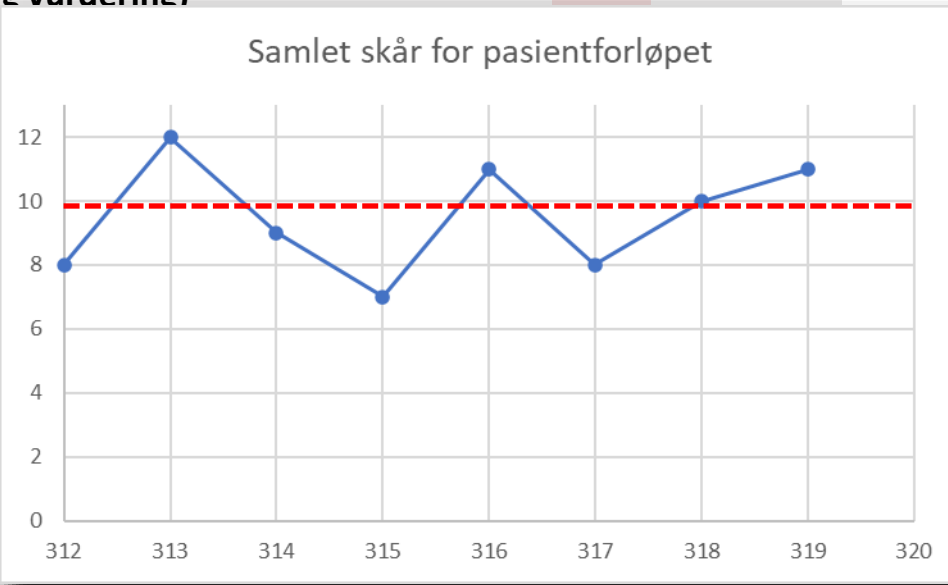
Dersom du har behov for å se på målepunktene for en spesifikk prosess, kan likevel informasjonen om enkelte pasienter.

NB! Sikr oppbevaring av skjemaet frem til det leveres til måleansvarlig.



Målepunkter for det Gode pasientforløpet

		Utført		
		Ja	Nei	Ikke aktuelt
1	Forberedelse av mottak			
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		✓
2	Kartlegging ved innkomst			
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		✓
3	Oppfølging av fastlege (evt. tverrfaglig vurdering)			
3a	Hjemmesykepleien har sendt fastlegen informasjon før			
3b	Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk, er gjennom			
3c	Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet.			
4	Evaluering (innen 5 uker)			
4a	Sjekkliste for oppfølging og evaluering er gjennomført.			
4b	"Har vi lykkes 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

Lagre automatisk		Utklippstavle
Lim inn	Kopier	Kopier format
E16	A	B
1	BrukerID	Sjekkpunkt gjennomført
2	312	8
3	313	12
4	314	9
5	315	7
6	316	11
7	317	8
8	318	10
9	319	11

de
pasient
forløp

Målepunkter for det Gode pasientforløpet

		Utført		
		Ja	Nei	Ikke aktuelt
1	Forberedelse av mottak			
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.			
2	Kartlegging ved innkomst			
2a	Sjekkliste for hjemmebesøk / innkomst er gjennomført.			
2b	"Hva er viktig for deg?" samtale er gjennomført.			
2c	4 meter gangtest er gjennomført			
3	Oppfølging av fastlege (evt. tverrfaglig vurdering)			
3a	Hjemmesykepleien har sendt fastlegen informasjon før konsultasjon			
3b	Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk, er gjennomført av fastlegen.			
3c	Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet.			
4	Evaluering (innen 5 uker)			
4a	Sjekkliste for oppfølging og evaluering er gjennomført.			
4b	"Har vi lykket 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		%		
Opplevelse 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.

Sjekklistene

Navn: 312

Mottak: 04.01.22

Kartlegging innkomst: 07.01.22

Evaluering: 28.03.22

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.

Ukenr	Antall ganger sjekklister er brukt	Antall "nye" brukere	Andel "nye" brukere hvor sjekklister 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		

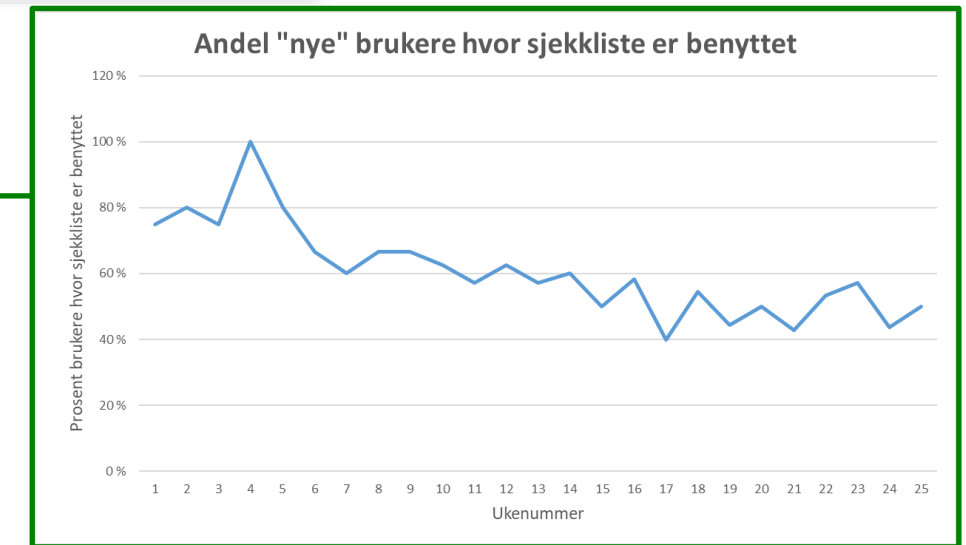


Hva ville gjort denne registreringen bedre?

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			
2	1	3	
3	2	4	
4	3	3	
5	4	4	
6	5	4	
7	6	2	
8	7	3	
9	8	4	
10	9	4	
11	10	5	
12	11	4	
13	12	5	
14	13	4	
15	14	6	
16	15	5	
17	16	7	
18	17	4	
19	18	6	
20	19	4	
21	20	7	
22	21	6	



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

Blir den nye praksisen gjennomført?

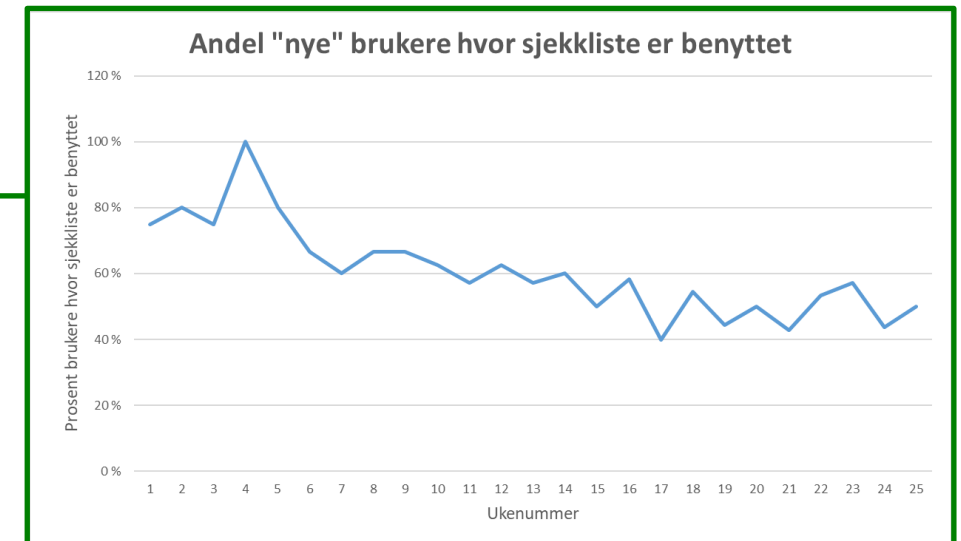
1. Hver gang en sjekkliste er brukt legges papirkopien til «Måleansvarlig».
2. «Måleansvarlig» teller opp antall sjekklister, for eksempel hver uke.
3. Antallet sjekklister legges inn i et regneark som viser bruk av sjekklister over tid.
4. «Måleansvarlig» teller antall «nye» brukere i perioden og legger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

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.

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



Sjekklister

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.

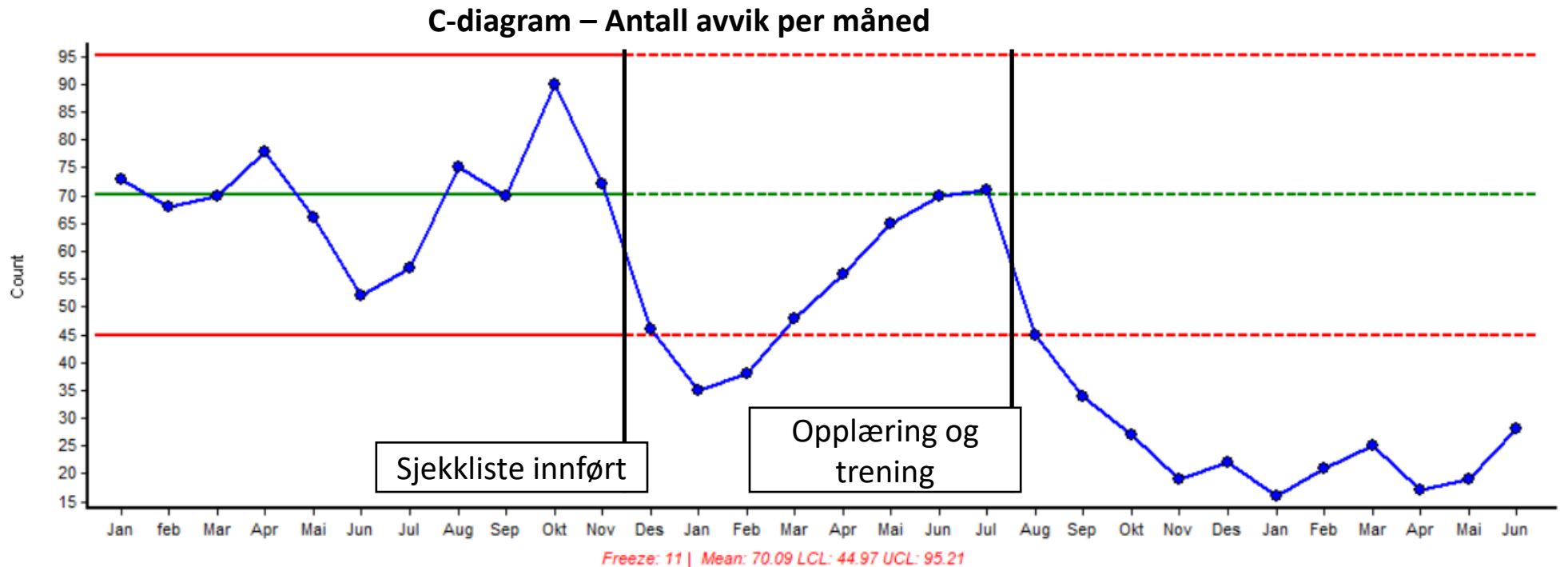
Pasient:		Planlagt hjemkomstdato:		
Sjekkliste 1 Forberedelse hjemkomst		OK	Ikke aktuelt	Kommentar
Følg med på e-link				
PLO meldinger eller telefon	Hjelpemidler Er nødvendige hjelpemidler skaffet/bestilt? Bestilt av hvem, leveres når?	✓		= 7
	Medisinskeknisk utstyr Vil det være behov for medisinskeknisk utstyr. O ₂ , smertepumpe, ernæringspumpe osv...	✓		= 7
	Kompetanse Behov for opplæring av personalet (avklar med sykehuset ved behov eller planlegg intern opplæring)			= 0
	Medisiner/resept Medisiner for 1 døgn/helg Resept på nye medisiner Hvis det er nye resepter, spør om de kan hentes ut på sykehuset	✓		= 7
	Marevan Foreligger det marevandosering for brukere som bruker marevan			= 0
	Bandasjemateriell Bandasjemateriell og følger det med til de neste dagene?	✓		= 7
	Behandlingsavklaring/res minus Må det lages en plan for videre oppfølging ved forverring Evt ta stilling til res minus. før hjemkomst? Evt i samarbeid med fastlegen.	✓		= 7
	Planlegg første besøk <input type="checkbox"/> Avtalt dato og klokkeslett <input type="checkbox"/> Er pårørende informert om tidspunkt for utskrivelse?	✓		= 7
	Behov for nøkkel? E-lås? (Vil den bli levert av pårørende?)			= 0
	Behov for hjelp til oppvarming av bolig?			= 0
Praktisk ved hjemkomst	Behov for hjelp til å få mat i kjøleskapet?	✓		= 7
	Oppdater arbeidsliste	✓		= 7
	Informert samarbeidspartnere om utskrivning <input type="checkbox"/> Nattevakter <input type="checkbox"/> Dagsenter <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Kjøkken <input type="checkbox"/> Hjemmehjelp <input type="checkbox"/> Psykiatrisk sykepleier <input type="checkbox"/> Ruskonsulent <input type="checkbox"/> Osv.	✓		= 7
	Oppnevnt primærkontakt og sekundær <input type="checkbox"/> Legg inn i Gerica <input type="checkbox"/> Send internmelding til den det gjelder			= 0
	Videre oppfølging Bestem tid for besøk av sykepleier (Innen 3 dager) og 5 ukersvurdering Legges inn som tiltak på arbeidslistene og forsinket internmelding/svarteboka	✓		= 7
	<small>Journaliser fortløpende på journalkode 500 Hvis du har telefonkontakt med sykehuset må dette journalføres og dokumenteres hvem du har snakket med. Send kopi av avtalene på e-link slik at meldingsloggen blir komplett.</small>			

		C	D	E	F	G	H
Sjekkliste HPH1 (prosedyre)			1	2	3	4	5
PLO meldinger eller telefon							
1	Hjelpemidler						
2	Medisinsk utstyr						
3	Kompetanse						
4	Medisiner/resept						
5	Marevan						
6	Bandasjemateriell						
7	Behandlingsavklaring						
8	Planlegg første besøk						
Praktisk ved hjemkomst							
9	Behov for nøkkel? E-lås?						
10	Behov for hjelp til oppvarming av bolig?						
11	Behov for hjelp til å få mat i kjøleskapet?						
12	Oppdater arbeidsliste						
13	Informert samarbeidspartnere om utskrivning						
14	Oppnevnt primær- og sekundærkontakt						
15	Videre oppfølging						
SUM							

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.



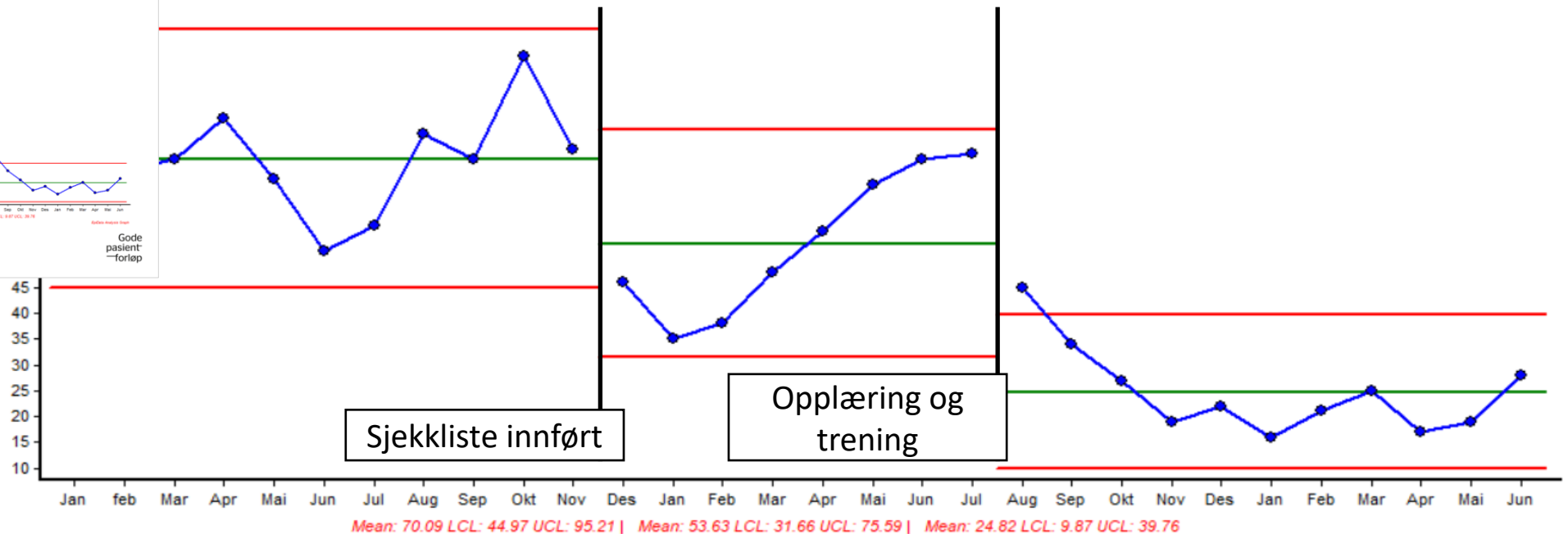
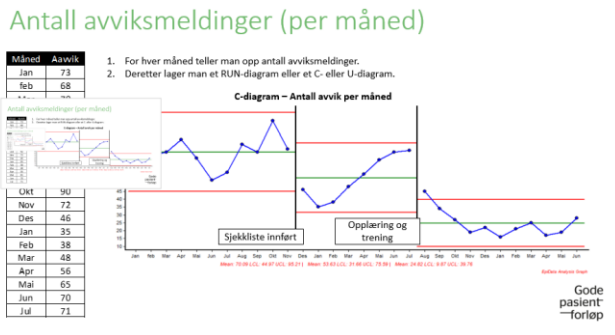
EpiData Analysis Graph

Antall avviksmeldinger (per måned)

Måned	Aavvik
Jan	73
feb	68
Mar	70

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

C-diagram – Antall avvik per måned



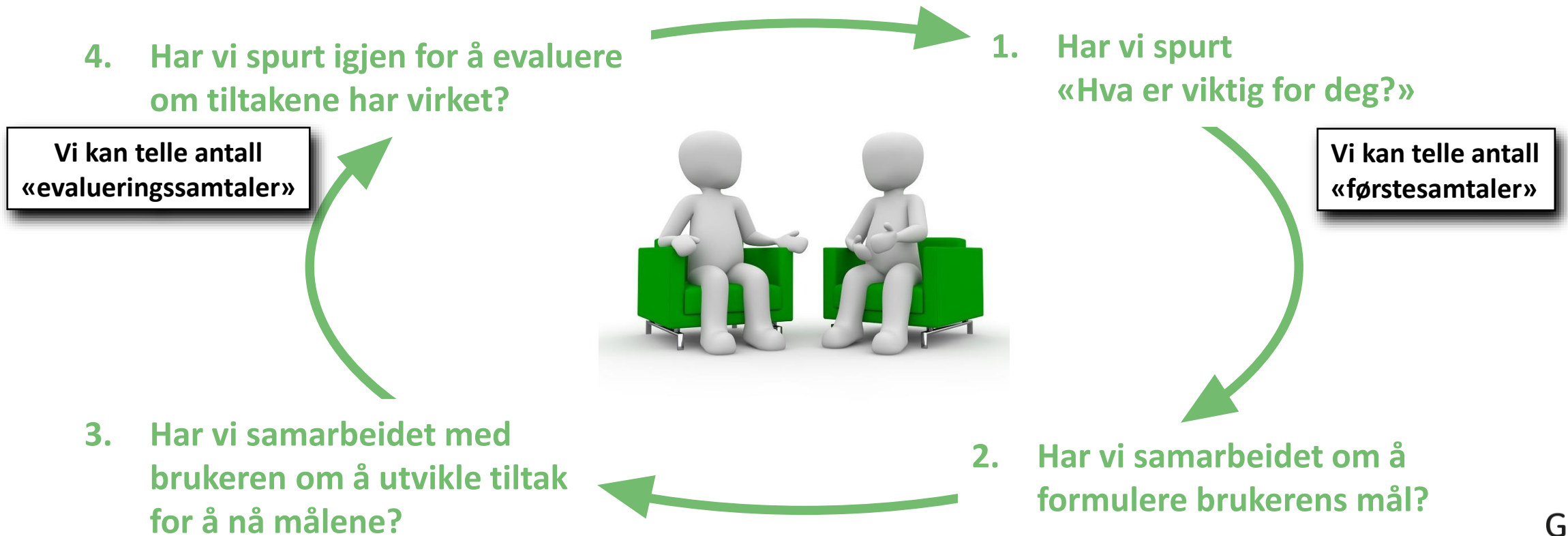
Okt	90
Nov	72
Des	46
Jan	35
Feb	38
Mar	48
Apr	56
Mai	65
Jun	70
Jul	71

EpiData Analysis Graph

Gode
pasient
forløp

«Hva er viktig for deg?»

- systematisk arbeid over tid

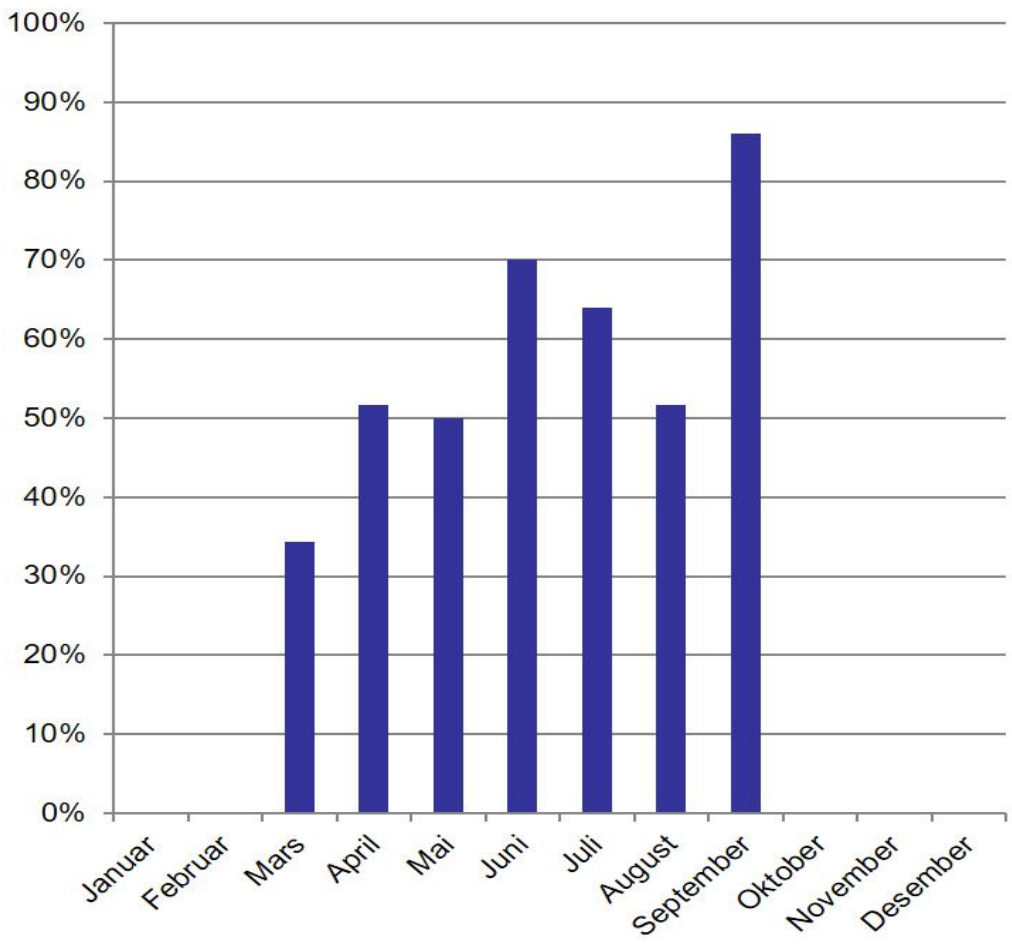


Bildet er tatt av Peggy und Marco Lachmann-Anke fra Pixabay.

Gode
pasient
forløp



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



Prosentandel som får «Hva er viktig for deg?»-samtale

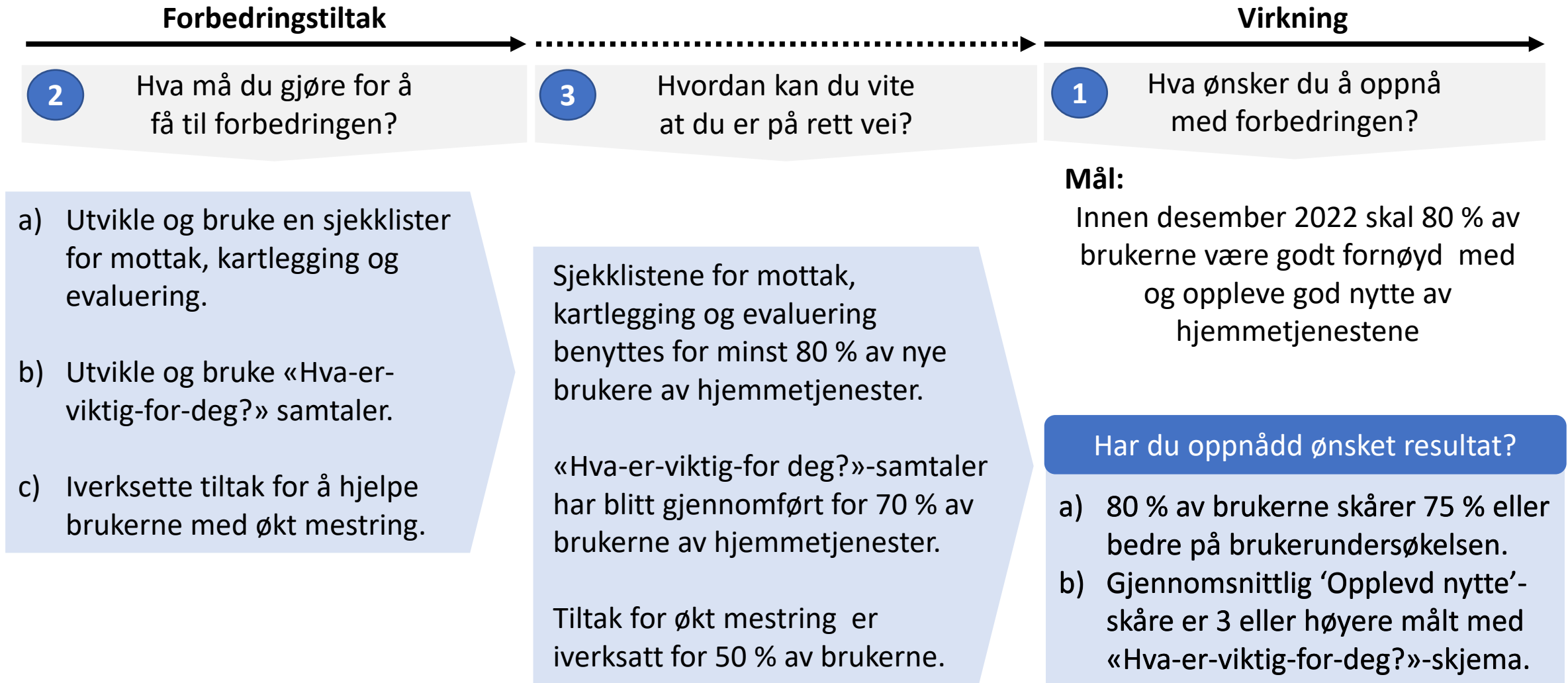
Gode pasientforløp

Gode
pasient
—forløp

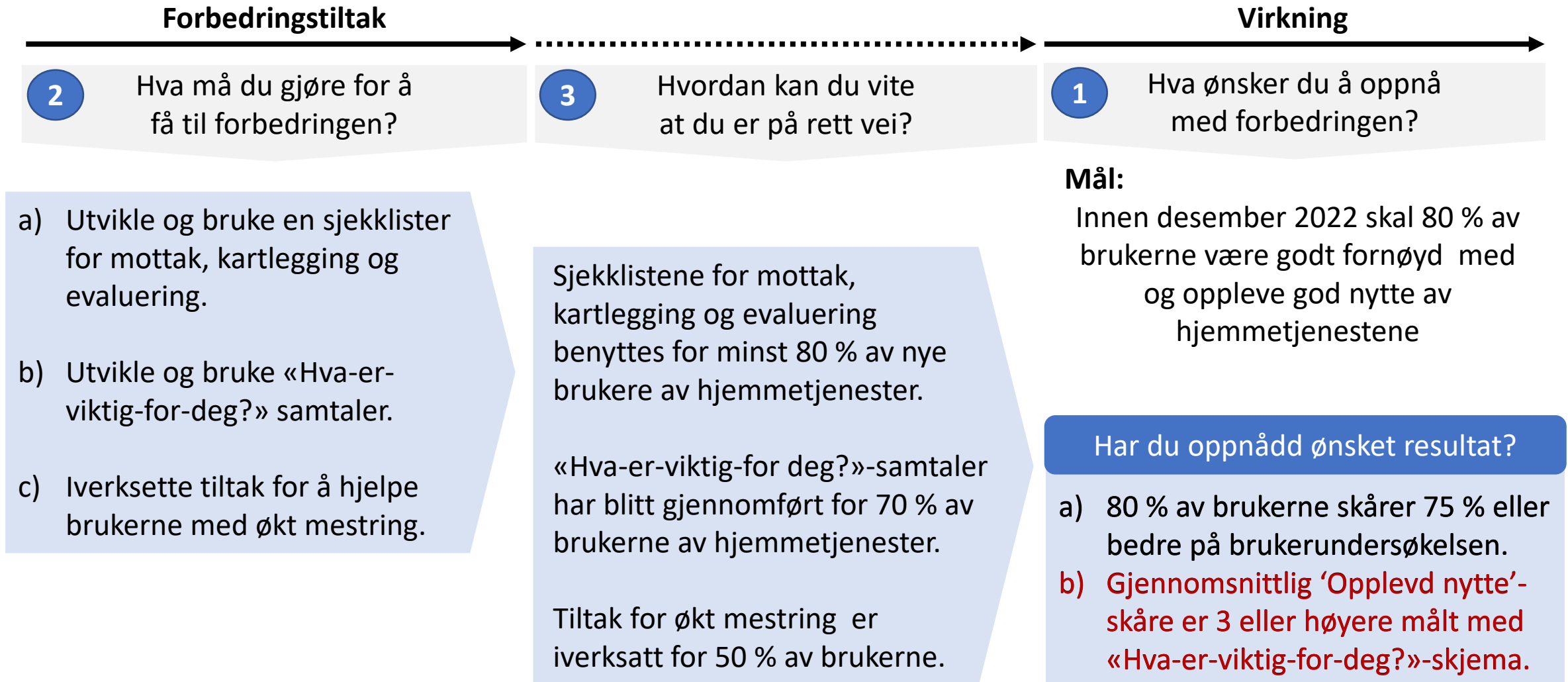
Evaluering av forbedringstiltakenes virkning



Mål for forbedringsarbeidet



Mål for forbedringsarbeidet



Hva er viktig for deg?

Samtale-1:
«Hva-er-viktig-for-deg?»

Ett eller flere tiltak iverksettes for å nå personlige mål

Samtale-2:
«Hva-er-viktig-for-deg?»

«Samtale-1»

- Det kan være flere samtaler og samtalen kan strekke seg over tid.
- Primærkontakt har ansvar for å utføre samtalen og følge opp tiltakene.

Mål for samtalen:

- Etabler først en god relasjon.
- Avklar 1-5 aktiviteter hvor tjenestene kan hjelpe bruker til bedre mestring.
- Bruker vurderer for hver aktivitet hvor vanskelig det er å utføre aktiviteten.
- Bli enige om tiltak som kan prøves ut for å hjelpe brukeren til bedre mestring.
- Avtal jevnlig oppfølging underveis.

Brukerne skal oppleve en god samarbeidsrelasjon og at de blir hørt

«Samtale-2»

Primærkontakt har ansvar for å utføre samtalen(e) og gjennomføre evalueringen.

Mål for samtalen:

- Avklar i hvilken grad ulike tiltak er utført.
- Bruker vurderer for hver aktivitet hvor vanskelig det er å utføre aktiviteten (i dag).
- Bruker vurderer om det er andre aktiviteter som bør prioriteres med tanke på økt mestring.
- Bli enige om eventuelle nye tiltak som kan prøves ut for å hjelpe brukeren til bedre mestring.
- Avtal behov for videre oppfølging.

Fyll ut «Hva-er-viktig-for-deg?»-skjema

«Hva er viktig for deg?» skjema

Hva er viktig for deg?

Pasient ID: Bruker 1

Hvor vanskelig syns du det er å utføre aktiviteten nå?

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

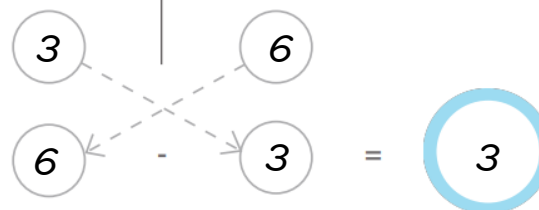
	1. samtale	2. samtale
Handle på butikken	2	5
Besøke Kåre	4	5
Delta på «fellesgym»	3	8

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
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

«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?

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

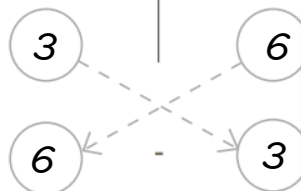
	1. samtale	2. samtale
Handle på butikken	2	5
Besøke Kåre	4	5
Delta på «fellesgym»	3	8

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

Gjennomsnitt

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

Opplevd nytte

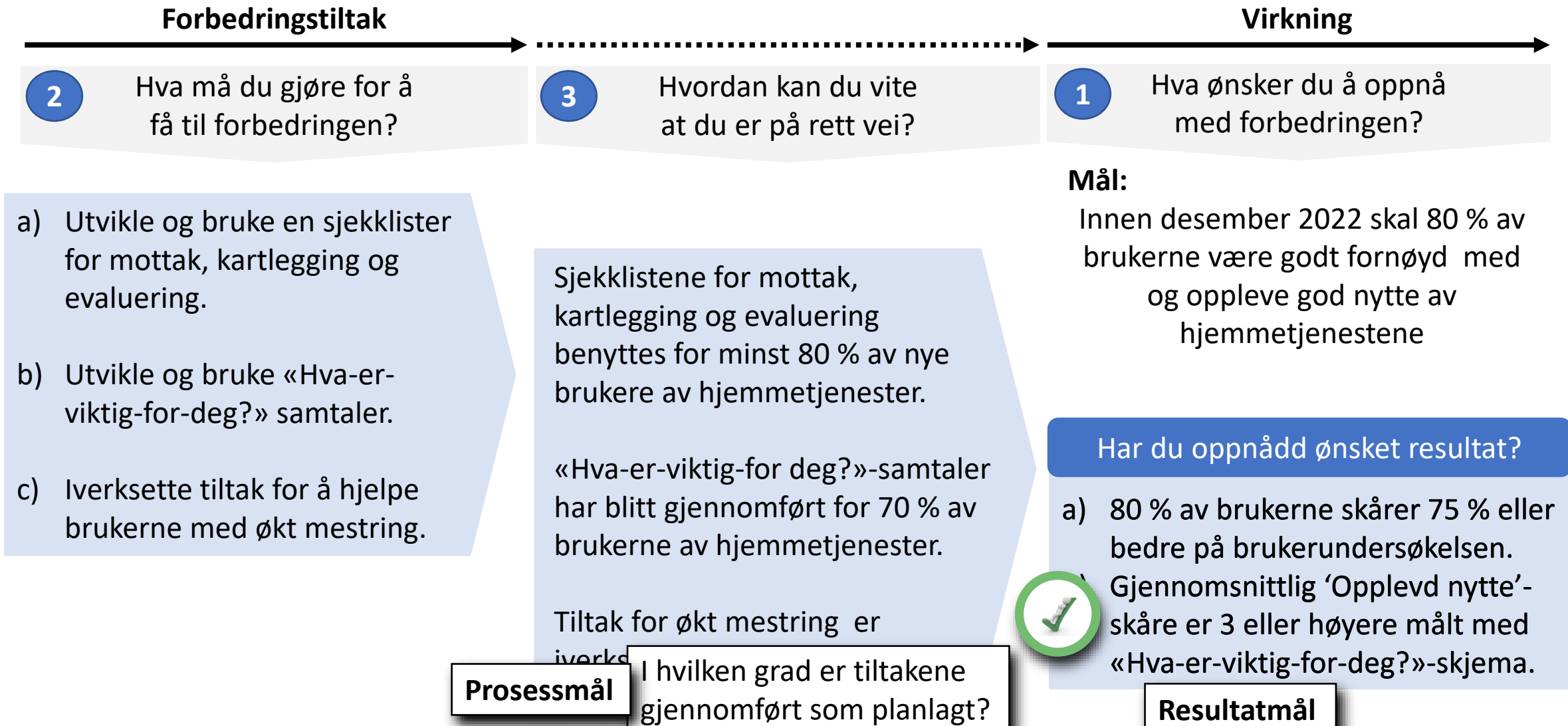


Gjennomsnittlig skåre for 'Opplevd nytte'

$66 / 20 = 3,3$

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

Mål for forbedringsarbeidet



Effektindikatorer

Blir boende lenger hjemme?

Mindre behov for institusjonsplasser?

Færre innleggelser i sykehus?



Økt bevegelsesevne og mindre ustø?

Reduserte kommunale avgifter?

????

Hvordan finne frem til og operasjonalisere effektindikatorer?

Gode pasientforløp

Gode
pasient
—forløp

Utarbeidelse av mål og målepunkter



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

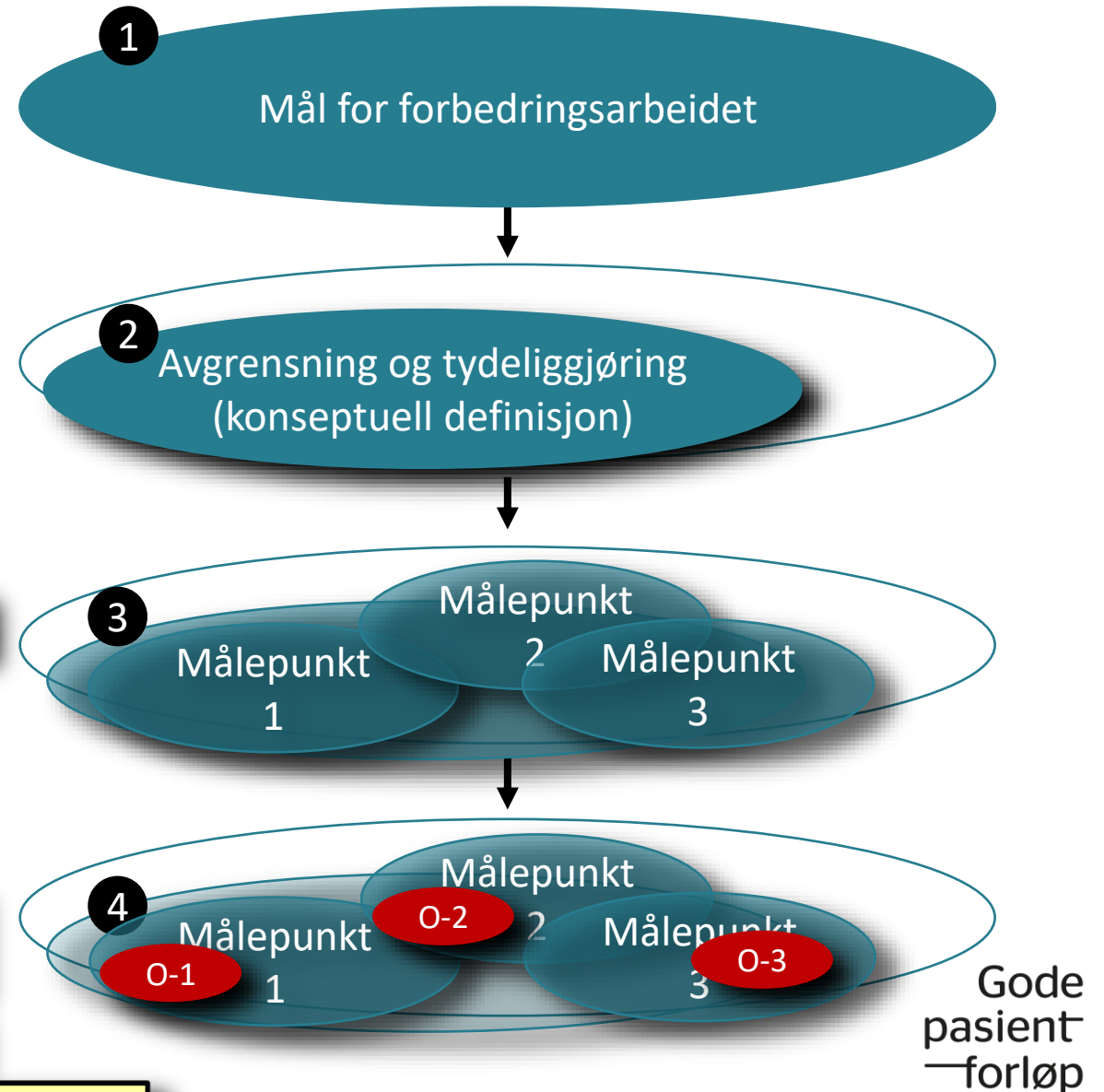
MP-3: Opplevd tilfredshet med tjenestene for bruker

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



Mål og målepunkt

2 Avgrensning og tydeliggjøring

- a) Hva menes med «pasientene»?
- b) Hva menes med «trygge»?

- a) Forbedringstiltaket gjelder pasienter som skrives ut til oppfølging av kommunens hjemmetjeneste.
- b) 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.

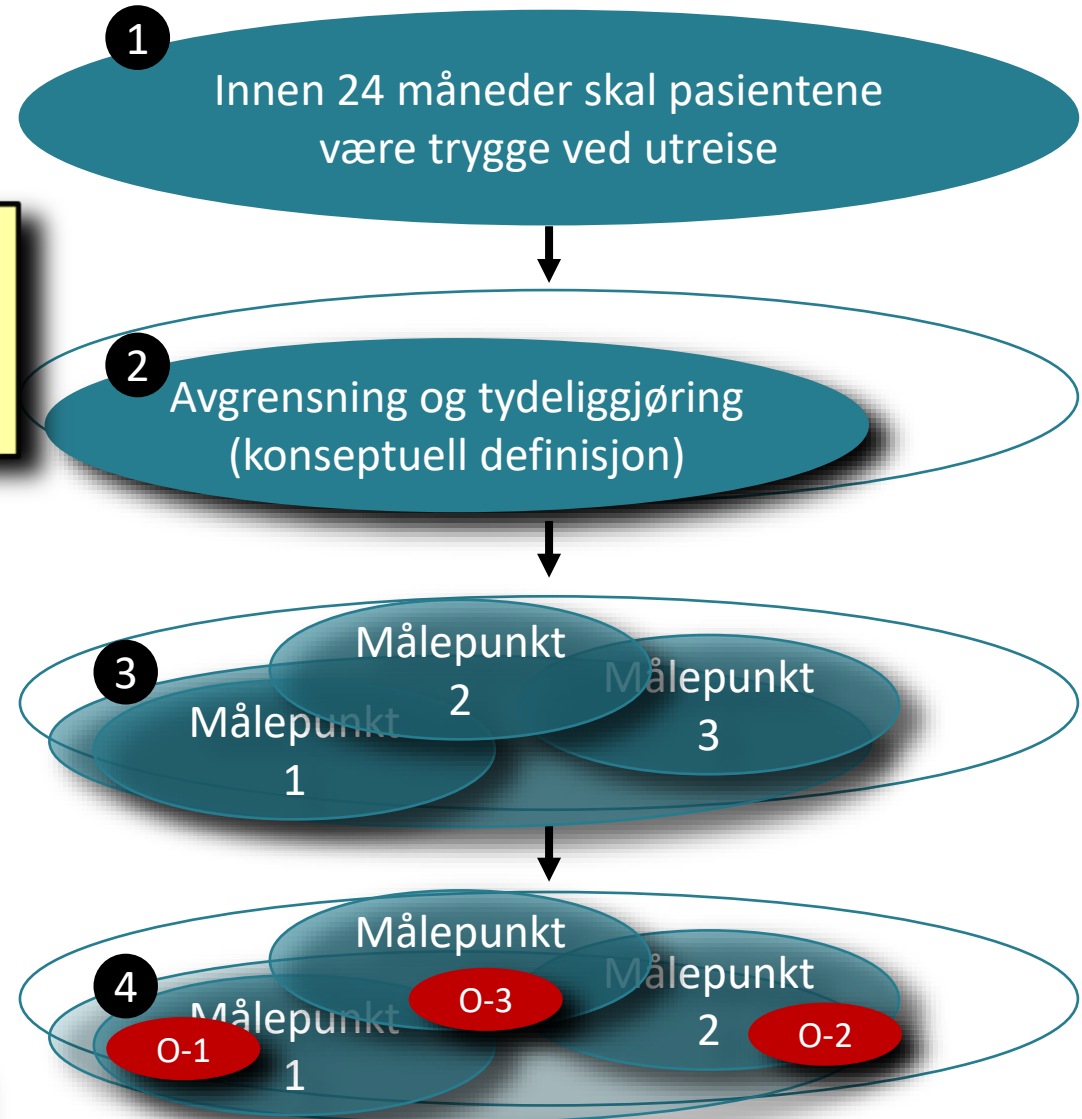
MP-3: Andel legeepikriser «i hånda»

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.



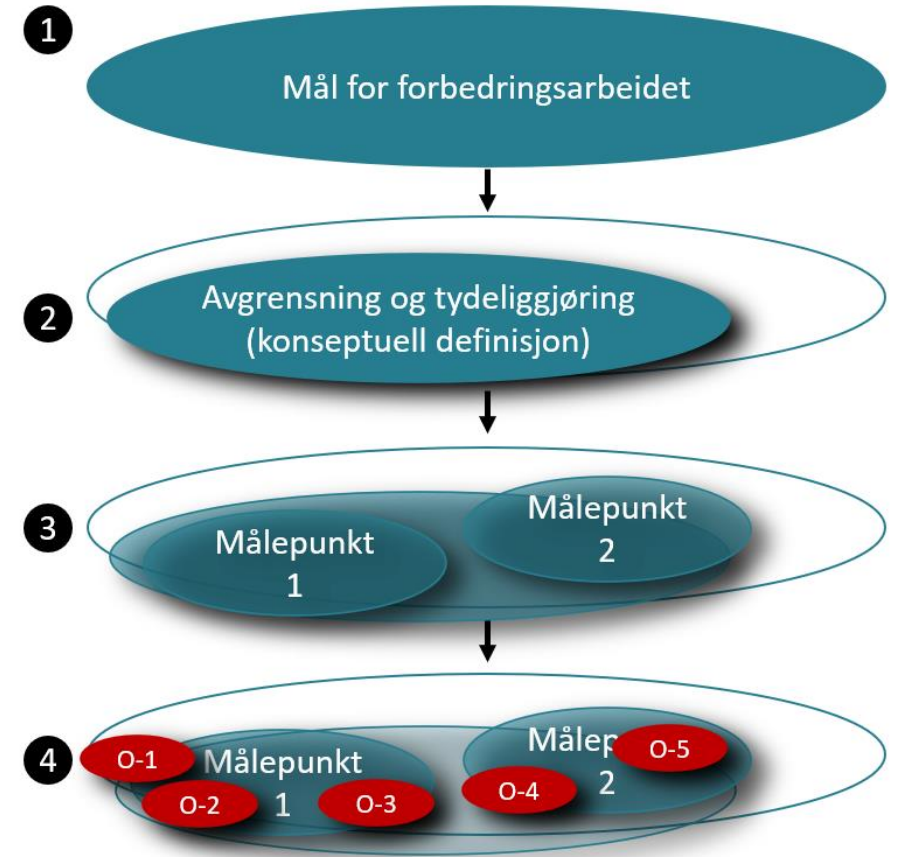
Gode pasientforløp

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
pasient
—forløp

Noen tips til slutt



Mål for forbedringsarbeidet

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 (målepunkter).
3. Velge ut noen forhold som skal måles.
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.

Viktig å tenke på ved utvikling av «målinger»

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)?

Sørg for å få lederne engasjert!

- Involver lederne i arbeidet – både toppledelse og mellomledere.
- Rapporter til lederne slik at de begynner å etterspørre tilbakemeldinger om forbedringsarbeidet.
- Lederne bør lære seg systemene for å forstå situasjonen som tjenesteyterne står i.

Lykke til med forbedringsarbeidet!

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., Sivistri, 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.