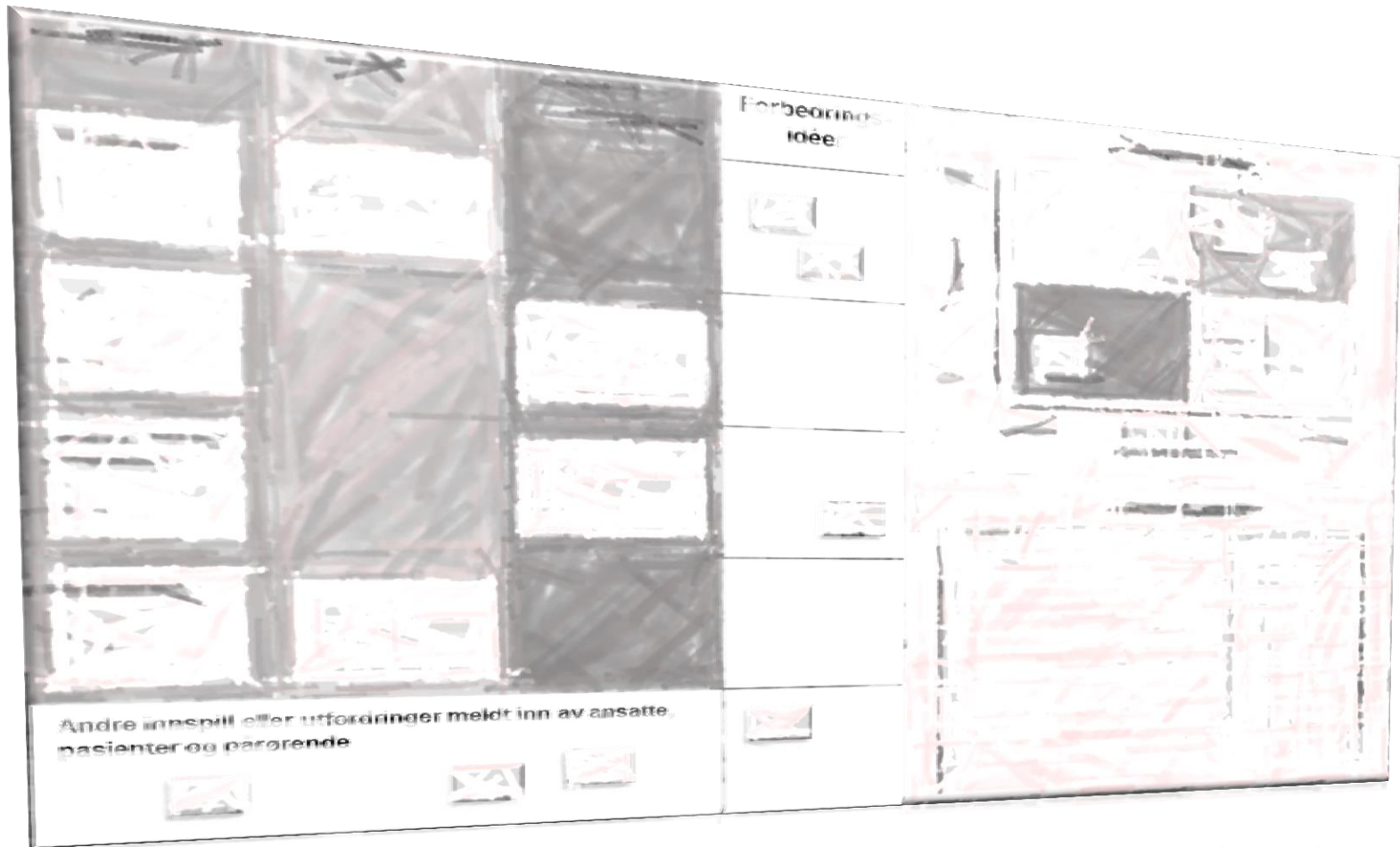


Tavlemøter



Til deg som skal arbeide med tavlemøter,

Flere helseforetak og kommuner som arbeider med pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder og andre lokale, regional og nasjonale forbedringsinitiativ, har de siste årene utviklet, testet og delt sine erfaringer med tavlemøter. 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.

I denne manualen presenteres erfaringer knyttet til utvikling, testing og gjennomføring av de to mest brukte tavlemøtene i arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder; risikomøte og forbedringsmøte.

Det er en lederbeslutning å starte med tavlemøter. Beslutningen er ofte forankret i et ønske om å arbeide mer systematisk med å følge opp innsatsområdene i en klinisk hverdag og/eller å skape en arena for forbedring i en travel hverdag. Helseforetak og kommuner som arbeider med tavlemøter lykkes med å skape fokus på og forbedring av pasientsikkerheten, og denne manualen ønsker å inspirere flere ledere i helse- og omsorgstjenesten til å arbeide med tavlemøter som metode.

Materialet presentert i dette dokumentet er ikke uttømmende og det finnes en rekke andre nyttige tavler og tavlemøter, for eksempel daglige puls- eller driftsmøter. Det vil finnes en kort beskrivelse av hvordan disse møtene kan sees i sammenheng med risiko- og forbedringsmøter, men de vil ikke beskrives i detalj i dette dokumentet.

Det er alltid behov for å tilpasse tavler og tavlemøter med lokale behov og forhold, og denne malen kan bidra med ideer og inspirasjon. Mer inspirasjon og eksempler på tavler og kontaktinformasjon til ledere som har erfaring med utvikling og gjennomføring av tavlemøter finnes tilgjengelig på hjemmesiden til programmet.

Denne manualen skal forbedres kontinuerlig. Det betyr at vi ønsker forbedringsideer tilsendt til post@pasientsikkerhetsprogrammet.no når det oppdages noe som kan bli bedre. Manualen testes ut i to måneder, og oppdateres 1. desember 2015 basert på de innspill som kommer inn.

Dersom du har spørsmål om tavlemøter, ønsker veiledning knyttet til tavlemøter i din virksomhet eller ønskes å settes i kontakt med noen som har erfaring med å utvikle og gjennomføre tavlemøter, kan du bruke samme adresse.

Lykke til med arbeidet!

Med vennlig hilsen

Anne-Grete Skjellanger
Sekretariatsleder
Pasientsikkerhetsprogrammet
I trygge hender 24/7

Oslo, 9. oktober 2015

Innhold

1. Hva er et tavlemøte?	s. 4
Hva er et tavlemøte og hvilke tavler finnes?	s. 4
2. Risikotavle	s. 6
Hva er en risikotavle og hvordan ser den ut?	s. 6
Markeringer på en risikotavle	s. 7
Eksempel på områder i risikotavlen	s. 8
Hvordan kan tavlemøtet gjennomføres?	s. 9
3. Forbedringstavle	s. 11
Hva er en forbedringstavle og hvordan ser den ut	s. 11
Hvordan kan tavlemøtet gjennomføres?	s. 13
Tidsforbruk på et forbedringsmøte	s. 14
Tavleleder og arbeid mellom tavlemøtene	s. 15
4. Utvikling og testing av tavlemøter	s. 18
Forberedelse og testing av tavlemøtet	s. 18
Forbedring og utvikling av tavlemøter	s. 19
Modenhetsmodell for tavlemøter	s. 20
5. Andre tavler	s. 22



Hva er et tavlemøte?

Et tavlemøte er en metode som består av en tavle (et verktøy) og et møte (en aktivitet).

Det finnes tavler som er verdifulle uten en regelmessig dialog om innholdet på tavlen, og det finnes møter som er verdifulle uten at agendaen for møtet er synliggjort på en tavle.

Tavlemøtene som beskrives i dette dokumentet har som formål å skape en tverrfaglig dialog om et tema som er viktig for enheten fordi lederen regelmessig ønsker de ansattes oppmerksomhet, innspill og oppfølging på nødvendige tiltak for pasientsikkerhet.

HVORFOR GJENNOMFØRE TAVLEMØTER?

I denne manualen beskrives to typer tavlemøter som velges basert på to ulike behov:

- i. En enhet har identifisert en eller flere områder de ønsker å forbedre. Nå har de behov for en metode eller verktøy (en møtearena) som kan sikre/bidra til en god prioritering, oppfølging og kommunikasjon rundt evt. utilfredsstillende resultater med tanke på læring og iverksetting av forbedringstiltak/forbedringsarbeid.
- ii. En enhet har identifisert (risiko)områder felles for en pasientgruppe og tiltak for å redusere denne risikoen. Nå har de behov for en metode/verktøy (en møtearena) som kan bidra til at enheten følger opp denne eller de pasientgruppene på en systematisk og tverrfaglig måte.

Erfaring viser at vellykket implementering av tavlemøter skyldes at man har lyktes med å skape en tverrfaglig arena og dialog som de ansatte opplever verdifull for å lykkes med sitt daglige arbeid og/eller det pågående forbedringsarbeidet som drives i virksomheten.

GODT RÅD 1



Avklar formål og hensikt med tavlen tidlig, og vurder hvilket nivå tavlen skal gjelde for. For eksempel team, enhet, avdeling eller klinikk.

GODT RÅD 2



Avgjørelsen om å teste og innføre tavlemøter bør involvere de som skal delta i tavlemøtet. Opplever de det samme behovet som deg og har de forslag til andre løsninger som bidrar til å dekke samme behov?

GODT RÅD 3



Det er ikke nødvendig å velge mellom de to tavletypene. Ofte er det nødvendig å ha begge møtearenaer. Det anbefales at man starter med en tavle, og innfører den andre når denne er utviklet.

Innhold

1. Hva er et tavlemøte?	s. 4
Hva er et tavlemøte og hvilke tavler finnes?	s. 4
2. Risikotavle	s. 6
Hva er en risikotavle og hvordan ser den ut?	s. 6
Markeringer på en risikotavle	s. 7
Eksempel på områder i risikotavlen	s. 8
Hvordan kan tavlemøtet gjennomføres?	s. 9
3. Forbedringstavle	s. 11
Hva er en forbedringstavle og hvordan ser den ut	s. 11
Hvordan kan tavlemøtet gjennomføres?	s. 13
Tidsforbruk på et forbedringsmøte	s. 14
Tavleleder og arbeid mellom tavlemøtene	s. 15
4. Utvikling og testing av tavlemøter	s. 18
Forberedelse og testing av tavlemøtet	s. 18
Forbedring og utvikling av tavlemøter	s. 19
Modenhetsmodell for tavlemøter	s. 20
5. Andre tavler	s. 22



Hva er en risikotavle?

HVA ER FORMÅLET?

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.

- Dette tavlemøtet bidrar til å redusere pasientskader ved å sikre oppfølging av risikoreduserende tiltak og skape en felles forståelse for risiko i avdelingen.
- Denne tavlen kan også benyttes til å samle inn data daglig. Data fra for eksempel en ukes periode legges sammen og fremstilles i tidsserier som kan henges opp på forbedringstavlen.

HVORDAN KAN RISIKOTAVLEN SE UT?

Risikotavlene som er benyttet i pasientsikkerhetsprogrammet er en videreutvikling av de mer kjente pasientavlene. Forskjellen er at risikotavlene ofte inkluderer flere kolonner hvor man kan angi om pasienten har særlig risiko for enkelte pasientskader og hvilke tiltak som skal gjøres for å redusere risikoen.

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



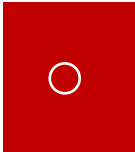



Data for etterlevelse av tiltak kan samles inn ved å telle røde og grønne magneter i en tavlekolonne. Det er for eksempel 89% (8/9) etterlevelse av tiltaket for forebygging av fall og 29% (2/7) etterlevelse av tiltaket for forebygging av urinveisinfeksjon.

Markeringer på en risikotavle

MAGNETER OG FARGEKODER

Risikotavlene har som regel magneter og/eller fargekoder for å skape et overblikk over pasienter som har særlig risiko for pasientskade og i hvilken grad aktuelle tiltak er gjennomført.

Den enkelte helsearbeider oppdaterer tavlen ved hjelp av magneter for sine pasienter. Hvilke farger og markeringer som benyttes vil variere fra tavle til tavle, men i tabellen vises forslag til kategorier. I stedet for skravert og ikke-skravert celle, kan man benytte magneter i andre farger. Fordelen med å angi en betydning for en tom, ikke-skravert celle, er at man slipper en ekstra magnetfarge og arbeidet med å oppdatere tavlen med at pasienten/brukeren fremdeles ikke er risikovurdert.

	Pasienten/brukeren er vurdert til å ha forhøyet risiko for en pasientskade og ekstra forebyggende tiltak er nødvendig. Rød magnet kan også bety at daglig tiltak er nødvendig.
	Rød og grønn magnet betyr at ekstra forebyggende tiltak eller daglige tiltak er gjennomført.
	Skravert celle betyr at pasienten/brukeren ikke har forhøyet risiko knyttet til dette område eller har behov for daglig oppfølging knyttet til området i risikotavlen.
	Tom celle betyr at pasienten/brukeren fremdeles ikke er risikovurdert.

GODT RÅD 5



Dersom flere ansatte arbeider på flere enheter i virksomheten, vil det være en stor fordel om farge-kodingen og markeringen betyr det samme på alle enheter.

GODT RÅD 6



Det bør tilstrebes en symbol- og fargebruk som gjør det enkelt og raskt å vurdere om det er mange oppgaver som gjenstår. Dersom det velges å bruke større magneter, samt å bruke kun grønn magnet/markering når oppgavene er utført, kan det bidra til raskere overblikk over status for dagens oppgaver (se eksempel under). Da er det imidlertid viktig med en god rutine for å endre fra grønn til rød magnet/markering før morgenvakten starter.

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

Eksempel på områder i risikotavlen

I tavleillustrasjonene på side 5 og 6 er det valgt ut noen områder det er vanlig å inkludere i risikotavlen. I tabellen gis det en beskrivelse av hvordan man kan arbeide med disse og noen andre utvalgte risikoområder.

OMRÅDE	HVA BETYR RØD MAGNET?	HVA BETYR (RØD OG) GRØNN MAGNET?
Hva er viktig for pasienten? (ved innleggelse)	Man har ikke spurt pasienten/brukeren hva som er viktig for han/henne	Man har spurt pasienten/brukeren hva som er viktig for han/henne og har laget en plan
Hva er viktig for pasienten i dag? (daglig)	Man har ikke spurt pasienten/brukeren hva som er viktig for han/henne i dag	Man har spurt pasienten/brukeren hva som er viktig for han/henne og har laget en plan
Fall	Pasienten/brukeren er vurdert til å ha forhøyet risiko for fall	Daglige tiltak for å redusere risiko er gjennomført
Trykksår	Pasienten/brukeren er vurdert til å ha forhøyet risiko for trykksår	Daglige tiltak for å redusere risiko er gjennomført
Urinveisinfeksjon	Pasienten/brukeren har urinveiskateter og har derfor forhøyet risiko for urinveisinfeksjon	Daglig vurdering av indikasjon for kateter er gjennomført
SVK-relatert blodbaneinfeksjon (SVK-BBI)	Pasienten/brukeren har sentralt venøst kateter og har derfor forhøyet risiko for SVK-BBI	Daglig vurdering av indikasjon for kateter er gjennomført
Ernæring	Pasienten/brukeren er vurdert til å ha forhøyet risiko for under, over eller feilernæring	Daglige tiltak for å redusere risiko er gjennomført
Legemiddelgjennomgang	Pasienten er vurdert til å ha behov for legemiddelgjennomgang	Legemiddelgjennomgang er gjennomført
Legemiddelsamstemming	Pasienten er vurdert til å ha behov for legemiddelsamstemming	Legemiddelsamstemming er gjennomført
Selvmed	Pasienten er vurdert til å ha forhøyet risiko for selvmord	Selvmedforebyggende tiltak er gjennomført
Overdose	Pasienten er vurdert til å ha forhøyet risiko for overdose	Overdoseforebyggende tiltak er gjennomført



Det kan være svært ulike behov knyttet til hvilke kolonner man velger å inkludere i den enkelte risikotavle. Dette bør baseres på en vurdering av pasientgruppen. En enkel risiko- og sårbarhetsanalyse vil være nyttig for å prioritere hvilke elementer som bør inkluderes.



Man bør være varsom med å inkludere for mange elementer i tavlen, og la møtet fokusere på de områder som krever daglig oppfølging. For enheter hvor pasienter/brukere har lengre liggetid, vil det være aktuelt å inkludere områder som skal følges opp sjeldnere på forhåndsutvalgte tavlemøter (for eksempel hver torsdag).

Hvordan kan et risikomøte gjennomføres?

Beskrivelsene under er i likhet med andre beskrivelser i denne guiden, ideer til hvordan tavlemøtet kan gjennomføres. Den spesifikke gjennomføringen må tilpasses lokale rammer og behov.

- | | | |
|-----------------|---|--|
| NÅR? | > | Tavlemøtet holdes daglig. Flere virksomheter kombinerer møtet med previsitt. Noen velger å ha to tavlemøter daglig, og formålet med det siste blir da å avklare hvilke oppgaver som gjenstår og om noen trenger hjelp til sine oppgaver |
| HVOR? | > | Foran tavlen (tavlen henger på et sted uten innsyn for pasienter/brukere og pårørende) |
| HVEM? | > | Dette møtet er en tverrfaglig arena. De som er til stede på avdelingen/enheten på tavlemøtetidspunktet. Det kan være relevant å definere hvem som må delta og hvem som bør delta dersom det ikke er mulig å få til at alle deltar |
| HVORDAN? | > | Strukturen for risikomøtet er at man gjennomgår de identifiserte risikoområdene for den enkelte pasient og tar stilling til om relevante tiltak er gjennomført og/eller hvem som skal gjennomføre nødvendige tiltak. Man bør ikke bruke mer enn to til fire minutter per pasient som en tommelfingerregel. |

ROLLER I TAVLEMØTET



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 som er tavleleder, mens det andre steder er hensiktsmessig at det ledes av gruppeleder for sykepleietjenesten eller visittgående lege for å sikre en mer effektiv avvikling av risikomøtet.

Tavleleder følger en fast struktur for møtet og opptrer mer veiledende enn instruerende i dialog med medarbeiderne/kollegaene som er til stede. Møtedeltakerne skal inviteres til aktiv deltakelse. Det vil være en fordel for alle involverte at man på forhånd er enige om noen få, enkle spilleregler for møtet.

Innhold

1. Hva er et tavlemøte?	s. 4
Hva er et tavlemøte og hvilke tavler finnes?	s. 4
2. Risikotavle	s. 6
Hva er en risikotavle og hvordan ser den ut?	s. 6
Markeringer på en risikotavle	s. 7
Eksempel på områder i risikotavlen	s. 8
Hvordan kan tavlemøtet gjennomføres?	s. 9
3. Forbedringstavle	s. 11
Hva er en forbedringstavle og hvordan ser den ut	s. 11
Hvordan kan tavlemøtet gjennomføres?	s. 13
Tidsforbruk på et forbedringsmøte	s. 14
Tavleleder og arbeid mellom tavlemøtene	s. 15
4. Utvikling og testing av tavlemøter	s. 18
Forberedelse og testing av tavlemøtet	s. 18
Forbedring og utvikling av tavlemøter	s. 19
Modenhetsmodell for tavlemøter	s. 20
5. Andre tavler	s. 22



Hva er en forbedringstavle?

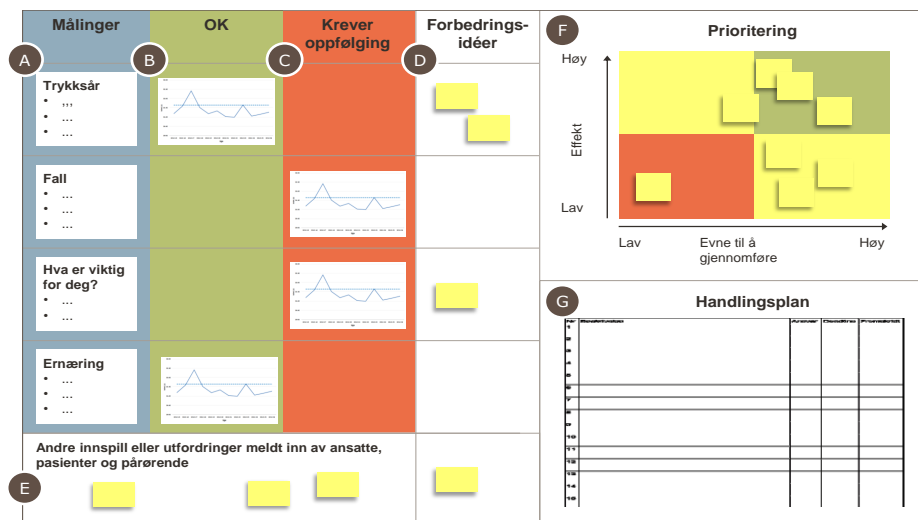
HVA ER FORMÅLET?

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

Dette tavlemøtet bidrar til at man i fellesskap kommer frem til, prioriterer, tester og vurderer forbedringsideer. Ideene kan komme fra de ansatte selv, pasienter/brukere og/eller pårørende.

Forbedringstavler i helsesektoren og andre bransjer inneholder ofte de samme elementer.

HVORDAN KAN FORBEDRINGSTAVLEN SE UT?



A Kort beskrivelse av de viktigste tiltakene knyttet til valgte forbedringsområder og en mer detaljert beskrivelse av målingene som presenteres på forbedringstavlen.

B Oversikt over oppdaterte målinger som er tilfredsstillende (nivå og variasjon er i henhold til egne mål over tid). Målingene er OK når man har etablert seg på det nivået man ønsker. Det kan fortsatt være muligheter for ytterligere forbedringer, men disse områdene kan nedprioriteres i tavlemøtet.

C Oppdaterte målinger som ikke er tilfredsstillende (for eksempel for lav etterlevelse av fallforebyggende tiltak i forholdt til definert mål/målsetting og/eller for større variasjon enn ønskelig). Dette er områder som må prioriteres i tavlemøtet.

D Ideer knyttet til utvalgte forbedringsområder. Disse ideene kan komme fra ansatte, pasienter og pårørende, og kan skrives på vanlige post it-lapper. Ideene skrives og settes opp mellom tavlemøtene eller i tavlemøtet.

Hva er en forbedringstavle?

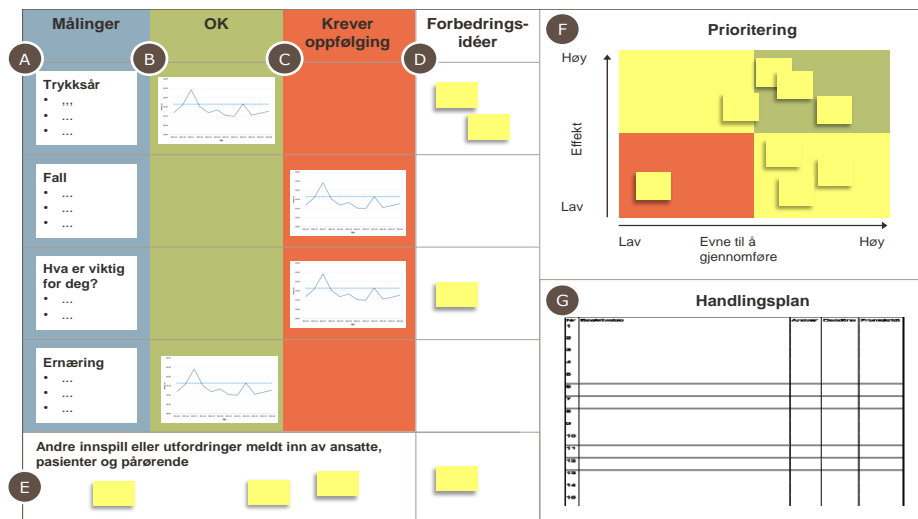
HVA ER FORMÅLET?

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

Dette tavlemøtet bidrar til at man i fellesskap kommer frem til, prioriterer, tester og vurderer forbedringsideer. Ideene kan komme fra de ansatte selv, pasienter/brukere og/eller pårørende.

Forbedringstavler i helsesektoren og andre bransjer inneholder ofte de samme elementer.

HVORDAN KAN FORBEDRINGSTAVLEN SE UT?



E Det vil i alle virksomheter være problemer og utfordringer som ikke er knyttet til de utvalgte forbedringsområdene, men som bør håndteres. Å inkludere disse i tavlemøtet kan være en nyttig og enkel måte å gjøre dette på. Den som har identifisert et problem, kan også ha en mulig løsning på problemet – hvis ikke kan dette diskuteres i tavlemøtet. Dette kan også være avvikssaker.

F Prioriteringsmatrisen er nødvendig for å kunne velge de forbedringsideene som man forventer gir størst effekt i forhold til evne til å gjennomføre. Man bør i tillegg vurdere ideene ut fra de tre spørsmålene:

- Får pasienten det bedre?
- Bli kvaliteten på behandlingen bedre?
- Bli pasientsikkerhetskulturen styrket?

G Handlingsplanen brukes for å holde en oversikt over status for fremdrift og hvem som er ansvarlig for følge opp og teste hvilke ideer. I tavlemøtet gjennomgås status for ideene som er testet siden forrige tavlemøte – man vurderer om ideen skal forkastes, forbedres eller implementeres.

Hvordan kan et forbedringsmøte gjennomføres?

Beskrivelsene under er i likhet med andre beskrivelser i denne guiden, ideer til hvordan tavlemøtet kan gjennomføres. Den spesifikke gjennomføringen må tilpasses lokale rammer og behov.

NÅR?

Den enkelte leder og avdeling må selv avgjøre når et tavlemøte skal gjennomføres og hvor lenge et tavlemøte skal vare. For mange vil et ukentlig møte eller et møte hver 14. dag som varer 10-20 minutter være en god start. Det er en fordel å velge et tidspunkt som sikrer tverrfaglig deltakelse.

HVOR?

Foran tavlen. Flere velger å henge tavlen i korridoren slik at også pasientene/brukerne og pårørende kan se tavlen og gi sine innspill.

HVEM?

Dette møtet er en tverrfaglig arena. De som er tilstede på avdelingen/enheten på tidspunktet for tavlemøtet. Mange opplever at det er viktig at leder er til stede (men trenger ikke lede møtet).

HVORDAN?

Starte med gjennomgang og prioritering av innkomne ideer (disse kan også komme i løpet møtet), samt delegering av ansvar for å teste ideene som blir prioritert. Deretter gjennomgang av læring/erfaring fra ideer som ble testet siden forrige møte, og hva man velger å gjøre videre med disse (enten forbedre, forkaste eller teste ideen en gang til/implementere).

GODT RÅD 9



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 som er tavleleder. Tavleleder bør følge en fast struktur for møtet og opptrer mer veiledende enn instruerende i dialog med medarbeiderne/kollegaene som er til stede. Møtedeltakerne skal inviteres til aktiv deltakelse, og leder av møtet bør som en tommelfingerregel ikke snakke mer enn 10 % av møtet.

GODT RÅD 10



For å få inn flere forbedringsideer til møtet kan man inkludere brukerrepresentanter i tavlemøtene. I tillegg kan man:


- Etterspørre forbedringsideer fra pasientene hver dag: «Hva synes du vi kan bli bedre på?», og inkludere et fast spørsmål i tavlemøte "Har noen forbedringsinnspill fra pasientene?"
- Heng forbedringstavlen slik at den blir synlig for pasienter og pårørende (med forståelig språk), slik at de kan henge opp sine forbedringsideer

Tidsforbruk på et forbedringsmøte

I tabellen under vises et forslag til hvordan tiden kan brukes i et forbedringsmøte foran en forbedringstavle (tavle som vist på side 9). Det anbefales at et forbedringsmøte aldri varer mer enn 10-15 minutter.

ELEMENT	TID	ANSVARLIG	STIKKORD FOR DIALOG
Innsatsområder hvor målet er nådd og ingen nye forbedringsideer er foreslått	Ca 1 min	Tavleleder	Gi ros for oppnådde/vedvarende resultater
Innsatsområder hvor målet ikke er nådd	Ca 2-3 min per område	Tavleleder og alle ansatte	<ul style="list-style-type: none"> • Suppler med andre ideer fra deltakerne i møtet • Prioriter ideene • Fordel ansvar for hvem som skal følge opp og teste hvilke ideer (dokumenter i handlingsplan)
Andre problemer/utfordringer	Ca 2-3 minutter	Tavleleder og alle ansatte	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgå av utfordringer og ideer som er kommet inn • Gi innspill til forbedringsideer til de utfordringer som er beskrevet (men hvor man ikke har ideer til forbedring) • Prioriter av ideene
Ideer på handlingsplanen som skal følges opp	Ca 3 minutter	Tavleleder og alle ansatte	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgå ideer på handlingsplanen som skal følges opp, og vurder: <ol style="list-style-type: none"> Skal man forkaste ideen? Skal man utvikle ideen videre? Skal man teste på flere eller implementere ideen?

GODT RÅD 11



Ideene som ikke forventes å ha effekt og ikke lar seg gjennomføre kan forkastes. Ideene som forventes å ha stor effekt, men vanskelig lar seg gjennomføre kan man løfte inn i ledergruppen eller til en kvalitetsavdeling. Ideer som havner på høyre side av prioriteringsmatrisen bør man vurdere å teste. Disse ideene kan henge på post-it lapper frem til man velger å inkludere dem i handlingsplanen – og man kan derfor anse prioriteringsmatrisen som en liste hvor man plukker og tester ideer når man har tid i avdelingen.

Tavleleder og arbeid mellom tavlemøtene

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 nødvendig opplæring og la disse øve seg på å lede møtet (gjerne med veileder* tilstede). Deretter vil disse personene kunne lære opp og veilede sine kollegaer etter "train the trainer"-prinsippet.

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

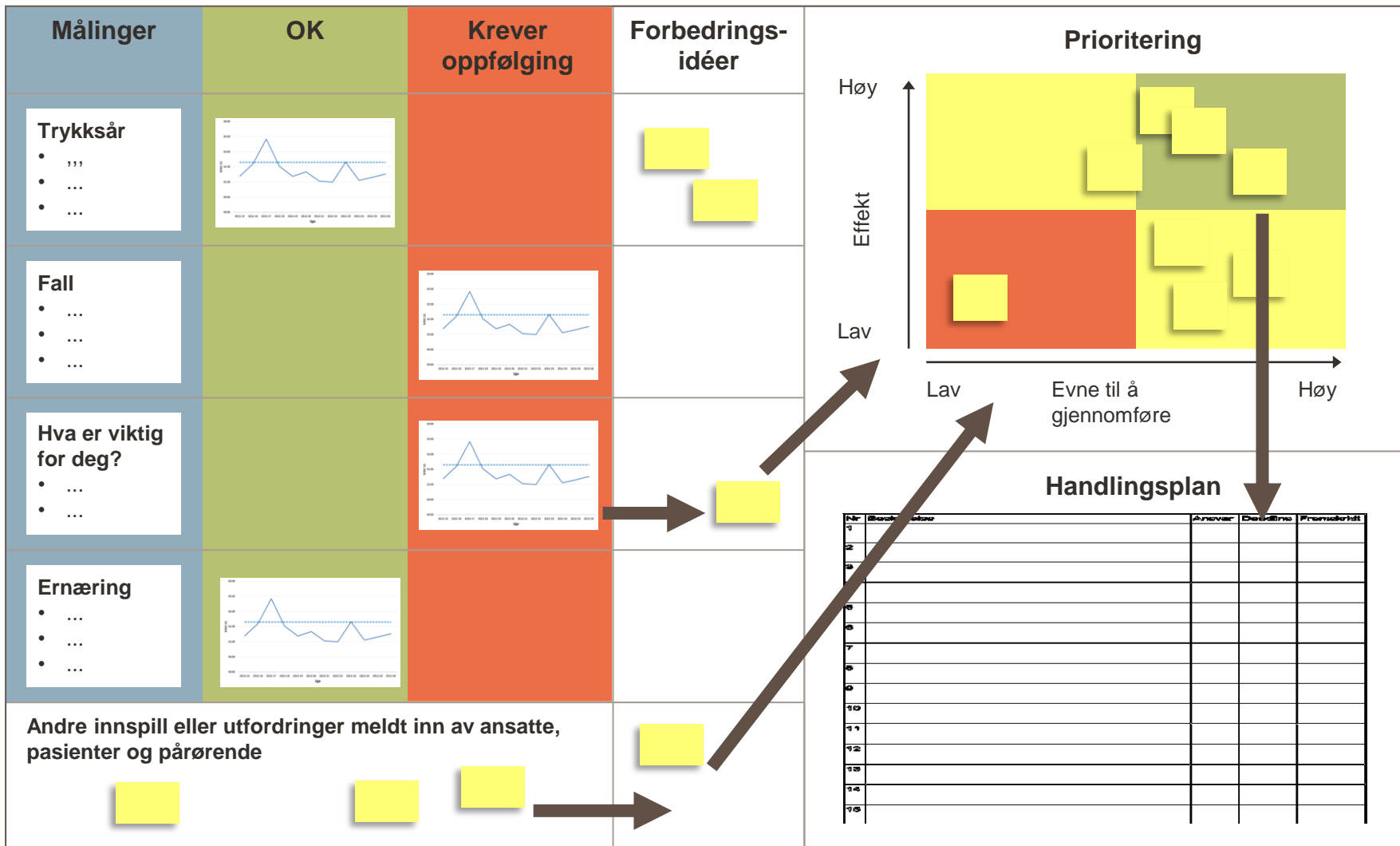
*. En som har erfaring med tavlemøter, og som deltar som observatør i møtene. Tilbakemeldinger og refleksjoner etter møtet kan veilederen dele med alle som deltok i møtet og/eller direkte til den som ledet møtet.

FORBEDRINGSARBEID MELLOM TAVLEMØTENE KREVER TID OG KOMPETANSE

Det er mellom forbedringsmøtene at forbedringsarbeidet skjer – at ideene som kommer frem og prioriteres i møtet testes ut i liten skala for å se om endringene faktisk fører til forbedringer. Hvor mye tid den enkelte avdeling setter av til å arbeide med forbedringer mellom forbedringsmøtene vil variere, men uten tid til å arbeide med ideene som kommer frem i møtet, er forbedringsmøtet uten særlig verdi. Det anbefales at en betydelig del av forbedringsarbeidet som skjer mellom forbedringsmøtene skjer som testing av ideer i liten skala.

Forbedringsarbeid krever tid, men også en særskilt kompetanse. Det er den enkelte leders ansvar at de ansatte som skal arbeide med forbedringer har kompetanse til å sikre at de endringer som innføres faktisk fører til forbedringer. Stoltz og Batalden (1993) understreker derfor at forbedringskunnskap må ses på som et eget kunnskapsfelt som må supplere profesjonskunnskapen. De beskriver også hvordan kunnskap om system, variasjon, psykologi og erfaringslæring (småskalatesting), er nødvendig for effektiv og kontinuerlig forbedring av klinisk praksis.

Eksempel på en forbedringstavle



Innhold

1. Hva er et tavlemøte?	s. 4
Hva er et tavlemøte og hvilke tavler finnes?	s. 4
2. Risikotavle	s. 6
Hva er en risikotavle og hvordan ser den ut?	s. 6
Markeringer på en risikotavle	s. 7
Eksempel på områder i risikotavlen	s. 8
Hvordan kan tavlemøtet gjennomføres?	s. 9
3. Forbedringstavle	s. 11
Hva er en forbedringstavle og hvordan ser den ut	s. 11
Hvordan kan tavlemøtet gjennomføres?	s. 13
Tidsforbruk på et forbedringsmøte	s. 14
Tavleleder og arbeid mellom tavlemøtene	s. 15
4. Utvikling og testing av tavlemøter	s. 18
Forberedelse og testing av tavlemøtet	s. 18
Forbedring og utvikling av tavlemøter	s. 19
Modenhetsmodell for tavlemøter	s. 20
5. Andre tavler	s. 22



Forberedelser og testing av tavlemøtet

Når man har definert et behov og besluttet hvilken type tavle som best vil dekke behovet, vil det være verdifullt å bruke tid på å utvikle og teste selve møtet. Dette er viktig for å sikre at enhetens behov dekkes, og at tiden som brukes på tavlemøtet oppleves som verdifull for de som deltar.

1. FØR FØRSTE MØTE

Tavlemøte skal utvikles og planlegges i samarbeid med de som skal delta i tavlemøtet, både tavlen og hvordan man skal gjennomføre møtet. Det vil være nyttig å definere:

- Hva ønsker vi å oppnå med tavlen, og hvordan arbeider enheten med tilsvarende problemstilling i dag?
- Hvordan vet vi om innføring av tavlemøtet blir en forbedring?
- Hvordan kan pasientene involveres i utviklingen av tavlen og i gjennomføringen av tavlemøtet?
- Om tavlemøtet kan være en videreutvikling av en annen møtearena?
- Hvordan kan tavlen og møtet struktureres?
- Hva er de viktigste spørsmålene vi ønsker svar på i tavlemøtet?

2. TAVLEMØTET

HVORDAN INVOLVERE?

Pasienter og pårørende kan bidra til nye perspektiver i utviklingen av tavlen og tavlemøtet – særlig for de tavler som skal være synlige i felles oppholdsrom og for de møter hvor det planlegges at pasientene skal delta.

FØRSTEUTKAST AV TAVLEN

Førsteutkastene til tavle kan tegnes på papir av en mindre arbeidsgruppe, og en simulering av et tavlemøte med denne fiktive tavlen kan bidra til verdifull læring og utvikling. Kan gjennomføres av en mindre arbeidsgruppe.

De første tavlemøtene kan gjennomføres ved hjelp av papir og post-it lapper eller whiteboard.

3. ETTER FØRSTE MØTE

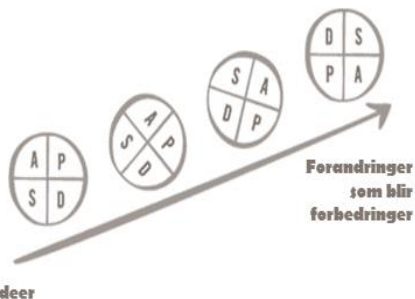
De første tavlemøtene bør kun anses som en god ide som skal testes. I forkant av de neste møtene, er det derfor viktig å bruke tid på å avklare hva man forventer fra det første tavlemøtet:

- Hvordan skal møtet gjennomføres, hvem gjør hva og når gjennomføres møtet?

Hvor lang tid brukes det på møtet? Etter de første 10-20 møtene bør man avsette 5-15 minutter for en kollektiv vurdering av:

- Ble møtet gjennomført som forventet/planlagt? Hvorfor/hvorfor ikke? Hva kan endres basert på ny kunnskap?
- Ble det oppdaget nytt behov for informasjon/strukturering av tavlen?
- Ble det oppdaget nye, bedre måter å gjennomføre møtet på?

Forbedring og utvikling av tavlemøter



KONTINUERLIG FORBEDRING AV TAVLEMØTER

Det kan være verdifullt å ha med seg noen med erfaring med tavlemøter på de første tavlemøtene, som observatør. Dette kan være en leder fra en annen avdeling i virksomheten, en kvalitetsrådgiver eller en ressursperson fra annen virksomhet. Vedkommende kan gi sine innspill i en felles vurdering i etterkant av møtet, direkte til arbeidsgruppen og/eller til lederen av tavlemøtet.

Forslag til både en enkel modenhetsvurdering og en mer detaljert evaluering av gjennomføringen av det enkelte tavlemøte følger på side 20 og 21.



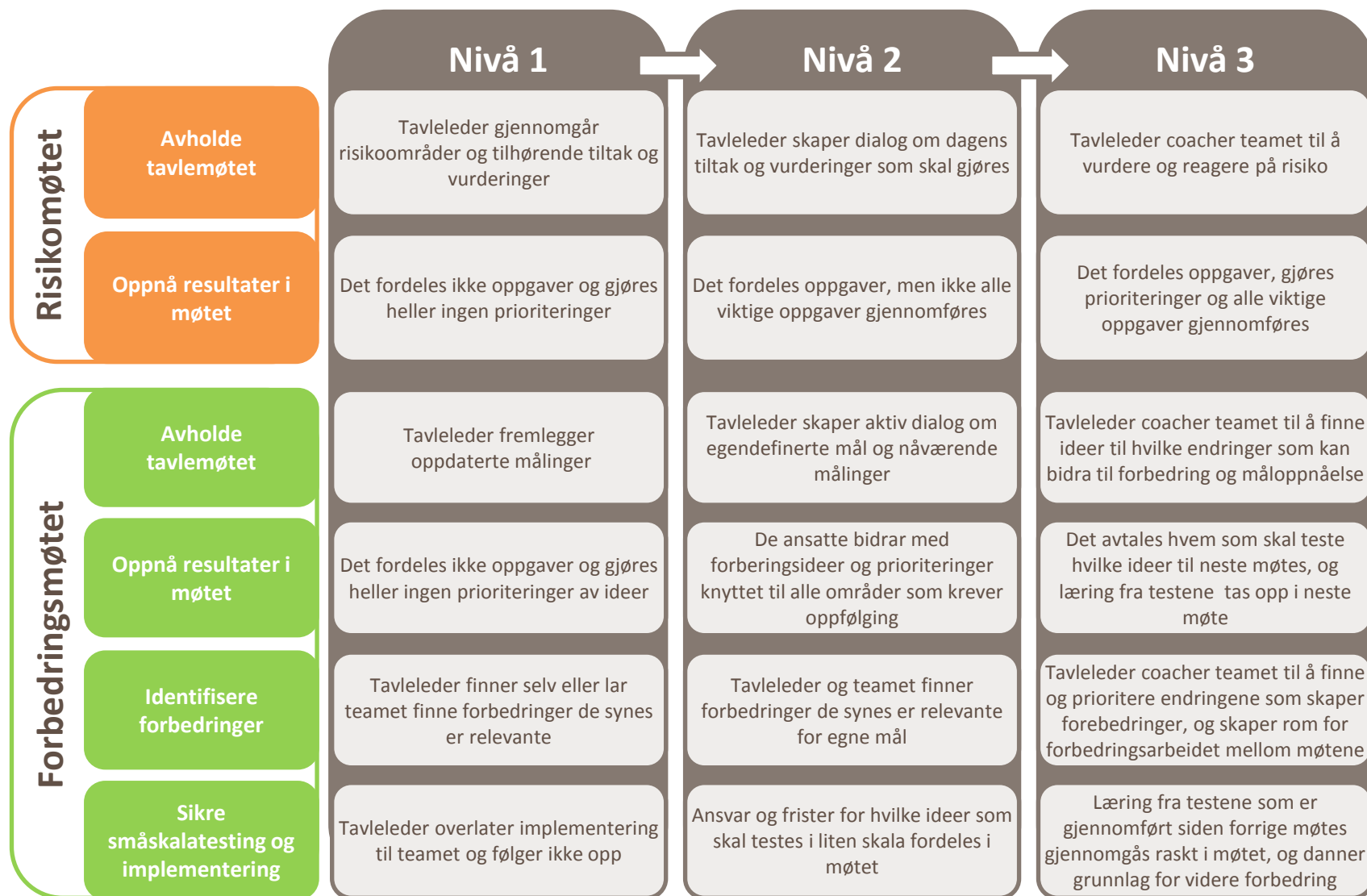
FRA PAPIR TIL ELEKTRONISK TAVLE

Noen enheter har utviklet elektroniske forbedringstavler. En fordel med en elektronisk tavle, er at man kan registrere når oppgaver/vurderinger er utført og dermed samle data til prosessindikatorer (etterlevelse av tiltak) og fremstille disse automatisk (uten manuell bearbeiding).

De færreste er helt sikre på hvordan den gode tavlen og tavlemøtet ser ut hos akkurat dem. Det er ofte enklere og raskere å endre struktur og fremstilling på papir eller whiteboard enn på en elektronisk tavle. Det anbefales derfor at man starter på papir eller whiteboard, og eventuelt utvikler en elektronisk tavle når man har funnet en form og struktur på tavlen som dekker avdelingens/enhetens behov.

Avdelingens/enhetens behov vil kunne endres over tid, og det er derfor hensiktsmessig å velge en elektronisk tavle som er enkel, rask og lite kostnadskrevende å endre.

Modenhetsmodell for tavlemøter



Innhold

1. Hva er et tavlemøte?	s. 4
Hva er et tavlemøte og hvilke tavler finnes?	s. 4
2. Risikotavle	s. 6
Hva er en risikotavle og hvordan ser den ut?	s. 6
Markeringer på en risikotavle	s. 7
Eksempel på områder i risikotavlen	s. 8
Hvordan kan tavlemøtet gjennomføres?	s. 9
3. Forbedringstavle	s. 11
Hva er en forbedringstavle og hvordan ser den ut	s. 11
Hvordan kan tavlemøtet gjennomføres?	s. 13
Tidsforbruk på et forbedringsmøte	s. 14
Tavleleder og arbeid mellom tavlemøtene	s. 15
4. Utvikling og testing av tavlemøter	s. 18
Forberedelse og testing av tavlemøtet	s. 18
Forbedring og utvikling av tavlemøter	s. 19
Modenhetsmodell for tavlemøter	s. 20
5. Andre tavler	s. 22



Andre tavler

Under beskrives mulige sammenhenger og likheter mellom både forbedringstavlen og risikotavlen og andre tavler som er vanlige å benytte i norsk helsetjeneste.

Det vil ofte være et behov for å kombinere ulike elementer fra ulike tavler for å dekke den enkelte leder og avdelingens behov. Det vil også være nyttig å vurdere om nye tavlemøter skal erstatte eller supplere eksisterende møtearenaer.

Listen under er ikke uttømmende.

	FORBEDRINGSTAVLE/MØTE	RISIKOTAVLE/MØTE
Pasienttavlen		Risikotavlen er en videreutvikling av pasienttavlene som ofte henger på vaktrom.
Pulstavle/møte	<p>De daglige pulsmøtene har som formål å avstemme om planene som er lagt er/var tilfredsstillende.</p> <p>Man vurderer behovet for å endre planene for å sikre at dagens oppgaver blir gjort, og søker læring når man ikke lykkes med å følge planen. Ideene til forbedring fra pulsmøte kan inkluderes i forbedringstavlen.</p>	<p>Risikotavlen og pulstavlen kan være samme tavle og utgangspunkt for samme møtet. Pulsmøtet inkluderer ofte mer enn oppfølging av hvilke tiltak som er utført for pasientene, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hvordan gikk det i går (siden forrige pulsmøte)?• Hvordan ser planen for dagen i dag ut?• Trenger planen korrigeringer? <p>Pulsmøtet varer ofte kun 10 minutter.</p>

